CENA 1.50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Czerwiec 1951 Nr 6



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR: ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY:

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, Blum-Bielicka Luba, dr Domańska Irena, dr Gosiewski Roman, prof. dr Kacprzak Marcin, Łyżwańska Nonna, Rauowa Janina, Suffczyńska Jadwiga.

TREŚĆ

22 lipca.

JADWIGA BELOŃSKA — Szkoły średniego personelu medycznego.

ALEKSANDER GRAAS — Posterunki sanitarne.

N. G. LINKOWA — Moralne oblicze pielęgniarki

JADWIGA PIOTROWSKA — Pielęgnowanie w chorobach oczu.

Dr IZABELA BIELICKA — Praca personelu pielęgniarskiego na oddziale noworodków.

Dr ZENON DEKA — Leczenie ran.

Kronika.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Czerwiec 1951 Nr 6

22 LIPCA

„KTO chce szczęścia i pomyślności ludu, kto jest szczerym patriotą, kto chce rozkwitu i suwerenności Polski — ten jest obrońcą pokoju, demokracji, socjalizmu...“.

Te słowa Prezydenta B i e r u t a są symbolem epoki, w której żyjemy.

Budować socjalizm mogą tylko ludzie świadomi swojej dziejowej roli, świadomi wielkości zadań, przed którymi postawiła Polskę historia.

W kraju wre praca nad przebudową społeczną i gospodarczą. Nigdy jeszcze Polska nie miała takich szans w swoich dziejach jak obecnie. Naród Polski, skłócony wewnętrznie w poprzednich wiekach, nie mógł się zdobyć na większy wysiłek wysunięcia się wobec innych narodów. Wtłoczony między imperialistyczne, junkierskie Niemcy a carską, zaborczą Rosję — naród polski, rządzony przez garstkę podupadłych szlachciców, nie mógł zdobyć się na wielkość i postęp.

Sześć lat mija od chwili, gdy na pobojowiskach świata uciszyły się odgłosy drugiej wojny światowej. Na okres ten możemy z dumą spojrzeć. Wykonaliśmy pomyślnie plan 3-letni i na jego doświadczeniu naród polski oparł wytyczne planu 6-letniego. Realizację tego planu podjął z wielkim rozmachem, przede wszystkim dlatego, że jest planem uprzemysłowienia i przebudowy gospodarczej. Zmieniła się struktura klasowa społeczeństwa. W Polsce przedwojennej 65% ludności utrzymywało się z rolnictwa i miliony ludzi zdolnych do pracy na wsi uważano za ludzi zbytecznych. Wegetowali oni na karłowatych gospodarstwach, bez perspektywy lepszego jutra.

W wyniku wykonania planu 3-letniego wzrosła liczba ludności utrzymującej się z pracy najemnej, poza rolnictwem w przemyśle, w transporcie z 18,2% w r. 1938 na 35,9% z końcem 1949, czyli dwukrotnie.

W planie 6-letnim proces ten będzie się pogłębiał, dzięki zwiększonemu zatrudnieniu w socjalistycznym sektorze, poza rolnictwem, wzrośnie w ciągu sześciolecia o 2 miliony ludzi, czyli prawie o 60%.

Zmieniła się i zmieniać się będzie struktura klasowa społeczeństwa, a wraz z nią zwiększa się znaczenie klasy robotniczej, która staje się niebywałą w dziejach polskiego narodu potęgą. Wzrosła ona nie tylko liczebnie, ale stała się siłą przodującą, która świadomie tworzy podstawy nowej socjalistycznej kultury.

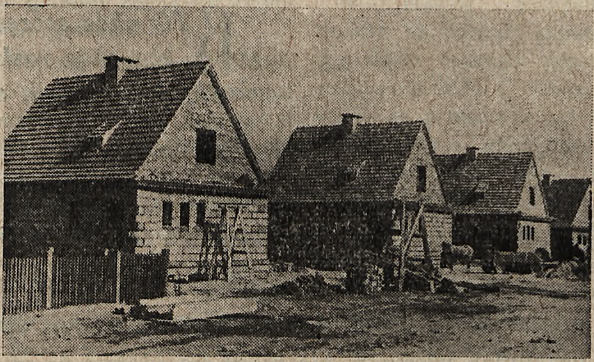
DROGA zdrady narodowej sanacji zahamowała rozwój Polski. Przedwojenny przemysł był w wielu dziedzinach poważnie zacofany i uzależniony od obcego kapitału. W 1938 roku Francja była 5-krotnie bardziej uprzemysłowiona, a Włochy 2 i pół razy niż Polska. W 1950 r. Francja jest tylko 1,8 razy, a Włochy 0,8 mniej uprzemysłowione niż Polska, licząc na jednego mieszkańca.

W ciągu niepełnych siedmiu lat gospodarki Polski Ludowej prześcignęliśmy Włochy, a w krótkim czasie prześcigniemy Francję. Nasz dochód narodowy wzrósł w ciągu 1950 roku o 23,4% w stosunku do 1949 r. Tworzymy nowe fabryki-olbrzymy w Żeraniu, Jaworznie, Piotrkowie i Częstochowie. Budujemy Nową Hutę, Marszałkowską Dzielnicę Mieszkaniową, nowe szkoły, sanatoria, szpitale i domy wczasowe.

Naród polski w odpowiedzi wrogom pokoju — wznosi budowle służące człowiekowi, najwyższemu dobru naszego społeczeństwa



Odbudowa Starego Miasta w Warszawie Fragment ul. Piwnej.
Foto CAF



Osiedle ZOR-u w Oliwie, koło Gdańska.
Foto CAF

Ten sam proces wewnętrznego krzepnięcia i wzmocnienia odbywa się we wszystkich krajach demokracji ludowej a szczególnie w Związku Radzieckim. I właśnie ten fakt drażni i niepokoi imperialistów amerykańskich. Dla uzyskania moralnego kredytu w przygotowaniach wojennych rozpętali histeryczną panikę wśród swo-jej ludności, panikę która graniczy już z szaleństwem. Ale w tym szaleństwie jest metoda. Celem amerykańskich imperialistów jest zbrojne opanowanie świata.

Tej szaleńczej metodzie przeciwstawił się **obóz pokoju** — kraje Demokracji Ludowej ze Związkiem Radzieckim i setki milionów ludzi pracy na całym świecie. Pod apelem o Pakt Pokoju podpisało się już około miliarda ludzi, w tym duża część z krajów kapitalistycznych.

Jest to potwierdzenie gorzkiej prawdy dla imperialistów, o której mówił w Kopenhadze wybitny pisarz radziecki, Ilja Erenburg: **„Mają do wojny wszystko: generałów i pieniądze, bomby i sztaby, tonny uranu i tonny kłamstw, nie mają tylko jednego: żołnierzy. Nie mają i mieć nie będą, albowiem ludzie chcą żyć a nie umierać, budować, a nie niszczyć, wychowywać dzieci, a nie ciskać przeklęte bomby".**

OBCHODZIMY w tym roku siódmą rocznicę powołania P.K.W.N., powstania niepodległości. W obliczu groźby wojny, wobec wielkich zadań, przed którymi naród stoi, Prezydent Bierut wezwał do stworzenia FRONTU NARODOWEGO.

Nigdy jeszcze nasz naród nie był tak jednolity — usunięci przecież zostali bezpowrotnie przemysłowcy i obszarnicy. Walka klasowa, która się toczy, skierowana jest przeciw drobnej grupie posiadaczy: kułaków i drobnej burżuazji. Dziś rządzi naród i dlatego możemy stworzyć Front Narodowy.

Podstawą Frontu Narodowego jest walka o niepodległość. Musi się on wyrażać w zwiększeniu wysiłków do realizacji planu 6-letniego. Amerykańscy giełdziarze cenią dolar, ale boją się siły a siłę tę reprezentuje na swoim odcinku naród polski, budując nową przemysłową Polskę.

Włączyliśmy się do wielkiej akcji światowego ruchu pokoju i Plebiscyt na rzecz Paktu Pokoju pokazał imperialistom całą naszą siłę i wielkość, ich izolację i słabość.

Właśnie teraz, w 7 rocznicę Manifestu Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego Zjednoczeni we Froncie Narodowym z piękną wizją planu 6-letniego przed sobą — podtrzymamy z całą siłą perspektywę nakreśloną przez Prezydenta Bieruta:

„Budujemy Polskę Socjalistyczną, Polskę silną i niepodległą. Wnosimy w ten sposób nasz udział w dzieło utrwalenia pokoju światowego.

...dla wszystkich uczciwych i szlachetnych ludzi walka o pokój jest dziś równoznaczna z walką o wolność, postęp człowieka, o obronę jego zdobyczy moralnych, duchowych, umysłowych i materialnych".

JADWIGA BELOŃSKA

O szkołach średniego personelu medycznego

MÓWIĄC o szkoleniu średniego personelu medycznego, należy sobie zdać sprawę z zadań, jakie mają do spełnienia tego typu szkoły w Polsce Ludowej. Nasze pokolenie po wyzwoleniu spod jarzma obszarniczo-kapitalistycznego, buduje Polskę dobrobytu, buduje Polskę Socjalistyczną.

Budując Polskę Socjalizmu, musimy zbudować Socjalistyczną Służbę Zdrowia, organizując zaś Socjalistyczną Służbę Zdrowia, należy przede wszystkim odpowiednio wychować kadry średniego personelu medycznego, któreby zgodnie z założeniami budownictwa Polski Socjalistycznej, mogły zapewnić prawidłowy rozwój nowej opieki zdrowotnej nad człowiekiem pracy.

W ustroju kapitalistycznym klasa rządząca wychowała i wykształciła kadry, które były powołane przede wszystkim dla zapewnienia ochrony zdrowotnej klasie rządzącej, klasie kapitalistycznej oraz jej poplecznikom.

W państwie kapitalistycznym nie dbano o zorganizowanie opieki zdrowotnej dla szerokich mas ludności, stąd bardzo mała liczba wydziałów lekarskich, jeszcze mniejsza — szkół pielęgniarstwa oraz całkowite zlikwidowanie szkolenia felczerów, jako zbędnego, w ustroju kapitalistycznym średniego personelu służby zdrowia.

Lenin, analizując szkoły w carskiej Rosji, powiedział: „Szkoła została całkowicie zmieniona w narzędzie panowania klasowego — burżuazji, była zupełnie przesiąknięta klasowym duchem burżuazji“. Nie inaczej było w naszych szkołach pielęgniarstwa w okresie międzywojennym.

SZKOŁY w okresie międzywojennym cechował elitaryzm w doborze kandydatek do szkół, które w pierwszych latach swego istnienia przyjmowały przede wszystkim córki ziemian i kapitalistów, traktujące pracę pielęgniarską nie jako zawód ,lecz jako akcję dobroczynno-charytatywną.

Zrozumiałe jest, że elitaryzm ten doprowadzał do oderwania pielęgniarstwa od nurtu życia społecznego, że nie mogło być mowy o powiązaniu się z masami. Apolityczność w prowadzeniu szkół była w istocie parawanem dla podporządkowania się burżuazji i klerykalizmowi, jakim dyrekcje szkół i zespół instruktorek były przesiąknięte. Mimo pozorów szerokiej tolerancji odnośnie zachowania przez jednostkę swej politycznej i religijnej swobody, kierunek ten odbijał się na wychowaniu młodych adeptek.



Słuchaczka Państw. Szk. Piel. Nr 4 w Warszawie starannie myje głowę pacjentce.
Foto CAF

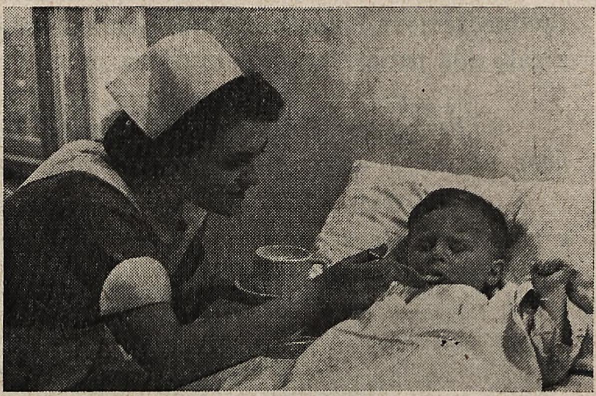
W wyniku wnikliwego oddziaływania zespołu instruktorek, posiadającego duży autorytet i wysokie kwalifikacje, kierunek ten pozostawiał na uczennicach piętno trwałe, z którym opuszczały szkoły.

ANGLOSASKIE WZORY

Szkoły były uzależnione od wzorów anglosaskich poprzez ich finansowanie, w pierwszych latach istnienia, z tych właśnie kapitałów. Szereg instruktorek kierowanych z zagranicy do Polski przez Amerykański Czerwony Krzyż oraz liczne zagraniczne stypendia dla pielęgniarek udających się na studia do Ameryki i krajów zachodnich sprawiły, że szkoły polskie nie szukały własnych dróg, dostosowanych do potrzeb rodzimych w pielęgniarstwie, lecz stawały się kopią zagranicznych placówek. Uczennice i absolwentki zaś przesiąkły „zagranicznym“ snobizmem.

IZOLACJONIZM

Następną wadą był wychowawczy izolacjonizm. Szkoła nie tylko nie włączała się w życie



Uczennica Państw. Szk. Piel. Nr 4 w Warszawie troskliwie karmi małego pacjenta.
Foto CAF

społeczeństwa, lecz odciągała od niego swoje uczennice, wychowując je w ciasnym kole zainteresowań zawodowych i internatowych. Stąd braki w życiowym wyrobieniu absolwentek tych szkół, brak zainteresowań społeczno-politycznych, stąd ich zamknięcie się w ciasnym klinie zawodu.

DYSKRYMINACJA RASOWA

Dalej, dyskryminacja rasowa i wyznaniowa, zamykająca drogę do zawodu i organizacji pielęgniarskiej (Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych) osobom pochodzenia żydowskiego. Tym tłumaczy się zorganizowanie oddzielnej szkoły na Czystem, gdzie kształciły się żydówki. Wreszcie zupełny brak powiązania szkolnictwa pielęgniarskiego z istotnymi potrzebami społeczeństwa i państwa.

W wyniku tej polityki wytworzył się stan uniemożliwiający rozwój ruchu pielęgniarskiego. Odbiło się to na ograniczeniu liczby wykwalifikowanych kadr pielęgniarek, a tym

samym ograniczyło do minimum opiekę zdrowotną nad ludźmi pracy, nie mówiąc już o zaniedbaniu potrzeb na odcinku obronności kraju. Mieliśmy niestety możliwość to stwierdzić w okresie kampanii wrześniowej 1939 r. oraz w czasie minionej wojny.

Do osłabienia obronności kraju w dużej mierze przyczyniło się również bagatelizowanie zawodu felczera, w rezultacie czego żołnierze walczący w pierwszej linii byli pozbawieni zabezpieczenia sanitarnego.

ZMIANY jakie zaszły w naszym szkoleniu średniego personelu medycznego wyrażają się nie tylko w zwiększeniu liczby szkół, uczni i absolwentów, ale przede wszystkim zmienił się radykalnie skład socjalny uczni. I tak w chwili obecnej mamy:

dzieci robotników	41,98%
dzieci chłopów małorolnych	19,98%
dzieci chłopów średniorolnych	10,66%
dzieci chłopów ze wsi uspółdzielnionych	0,16%
dzieci inteligencji pracującej	21,81%
innych	5,59%

Ten cenny element ludzki, odpowiednio wyszkolony pod kierunkiem sił instruktorsko-pedagogicznych zapewni nam przyszłe kadry, którym będziemy mogli zaufać, że zadania im powierzone spełnią.

Dla wykonania zamierzonych planów w polskiej służbie zdrowia potrzebne są kadry, które w pełni będą czuły swoją przynależność do Polski budującego Socjalizmu i do mas pracujących całego świata; będą czuły nienawiść do kapitalistycznych wyzyskiwaczy i imperialistycznych podżegaczy do wojny, będą wysoko ceniły przyjaźń Związku Radzieckiego jako źródła, z którego należy szeroko czerpać doświadczenia i przykłady; będą rozumiały przodującą rolę klasy robotniczej i kierowniczą rolę Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej.

Wychowanie takich kadr jest uwarunkowane nie tylko odpowiednim elementem uczni, ale przede wszystkim odpowiednim personelem instruktorskim, wychowawczym i składem wykładowców.

Tylko instruktorka w pełni uświadomiona, o wyrobionym światopoglądzie socjalistycznym będzie umiała wypełnić swe zadanie tak, jak tego wymaga budująca się Socjalistyczna Służba Zdrowia.

TAKIE kadry instruktorskie nie są jeszcze w naszych szkołach zjawiskiem powszechnym, ale stwierdzić należy, że od ubiegłego roku zrobiliśmy duży krok naprzód, że zarówno absolwentki Szkoły Instruktorek, jak i młode absolwentki szkół pielęgniarstwa, którym powierzamy trudną funkcję instruktorek, zmieniają ducha szkół. W jednych szkołach idzie to opornie, w innych szybciej, ale wszędzie odczuwa się postęp.

Szkoły w dalszym ciągu odczuwają poważne braki w kadrach instruktorskich. Jest to zjawisko związane z powszechnym brakiem sił pielęgniarskich i jakkolwiek troską Ministerstwa Zdrowia jest, by wszystkie szkoły miały pełną obsadę, niemniej, w chwili obecnej nie można jeszcze rozwiązać tego zagadnienia zadowalająco.



Uczennice Państw. Szk. Piel. Nr 4 w Warszawie w czasie zajęć praktycznych w kuchni dietet.
Foto CAF

DRUGIM ważnym zagadnieniem w realizacji naszych celów są programy i ich wykonanie. Programy są gruntownie i szczegółowo przepracowane przez Ministerstwo Zdrowia. Dyscyplina w realizowaniu programów naukowych, systematyczność i planowość w przerabianiu materiału naukowego nie wszędzie jest przestrzegana. W niektórych szkołach szczególnie prowincjonalnych, dzieje się to z powodu braku wykładowców, którymi z reguły są lekarze, nadmiernie obarczeni pracą zawodową i którzy mogą wykładać przeważnie w późnych godzinach popołudniowych, kiedy są już sami zmęczeni, a i chłonność uczniów jest również dużo mniejsza. Czasami wykładowcy są źle wytypowani, tzn. nie potrafią wykładać, np. w jednej ze szkół wykładowca uważał, że najlepszym sposobem wykładania będzie dyktowanie uczennicom z podręcznika, przeznaczonego dla słu-

chaczów Akademii Medycznych, rezultat — uczennice nie umiały przygotować się do egzaminu.

Do obowiązków dyrektorki, wicedyrektorki i instruktorek klasowych należy częsta obecność na poszczególnych wykładach. Pozwoli to, w razie stwierdzenia braków w sposobie wykładania, wcześniej zapobiec złu.



Słuchaczki Państw. Szk. Instr. w Warszawie w czasie zajęć praktycznych.

Foto FP

Brak odpowiednich podręczników z zakresu szkolenia średniego personelu służby zdrowia w dużej mierze utrudniało podniesienie poziomu nauczania. Zagadnienie podręczników, mimo wielu trudności, zostało w chwili obecnej częściowo już rozwiązane. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich wydał dość dużą liczbę podręczników dla szkół pielęgniarstwa autorów polskich oraz kilka tłumaczeń z języka rosyjskiego.

Zagadnieniem bardzo poważnym jest również odpowiednie wyposażenie sal demonstracyjnych. W wielu szkołach istnieją jeszcze duże braki i troską dyrekcji powinno być, w miarę możności, jak najszybsze ich uzupełnienie.

Jednym z niezmiernie ważnych zagadnień jest także sprawa nieodpowiedniego ustosunkowania się absolwentek szkół średniego personelu medycznego do wykonania ustawy z dn. 7.3.1950 r. o planowym zatrudnieniu absolwentów szkół średnich zawodowych oraz szkół wyższych.

Planowe zatrudnienie absolwentów szkół zawodowych stosowane jest od wielu lat w Związku Radzieckim. Jest ono jednym z czynników, które pozwoliło Związkowi Radzieckiemu na odniesienie olbrzymich sukcesów w budownictwie pierwszego socjalistycznego państwa na świecie. U nas, do czasu ukazania się ustawy, marnował się często wielki wysiłek Państwa Ludowego w zakresie szkolenia fachowców; absolwentki gdzieś się „gubiły", a najpilniej potrzebujące placówki czekały dalej na kadry.

Ustawa kładzie kres temu marnotrawstwu sił, ale nie zawsze spotyka się ze zrozumieniem u absolwentek szkół. Stałe odwoływanie się absolwentek naszych szkół do Ministerstwa Zdrowia jest objawem przykrym i szkoły muszą dołożyć starań, aby w przyszłości podobne wypadki nie miały miejsca.

Niewątpliwie popełniły tu również błędy i Komisje Rozdziału Pracy, które często nie brały pod uwagę warunków rodzinnych absolwentek i nakazem pracy rozdzielały je z mężem i dziećmi.

Specjalna ankieta opracowana przez Departament Kadr Ministerstwa Zdrowia pozwoli zorientować się w życiowych zagadnieniach absolwentek i uniknąć na przyszłość tych błędów.

Jadwiga Belońska

ALEKSANER GRAAS

POSTERUNKI SANITARNE W WALCE O ZDROWIE NARODU

OSIĄGNIĘCIA wysokiego poziomu kultury sanitarnej w kraju jest podstawowym warunkiem dla podniesienia stanu zdrowia mas pracujących. Wybudowanie dużej ilości szpitali, chociażby wyposażonych najbardziej nowocześnie i zapewnienie tym szpitalom najlepszych sił fachowych nie wystarcza dla podniesienia zdrowia ludzi pracy, jeżeli warunki pracy i bytowania tych ludzi urągają zasadom higieny.

Najlepszy dowód na to znajdujemy w krajach kapitalistycznych, gdzie przedsiębiorca w pogoni za zyskiem nie troszczy się wcale o polepszenie warunków pracy i bytowania wyzyskiwanych robotników. Stąd wielka ilość nieszczęśliwych wypadków i zachorowań. Nędzne zarobki uniemożliwiają robotnikom w krajach kapitalistycznych korzystanie z pomocy lekarskiej, tamtejsi zaś lekarze troszczą się przede wszystkim o wysokie honorarium za udzieloną pomoc, a co zatym idzie, nie należy im wcale na zmniejszeniu liczby nieszczęśliwych wypadków lub zachorowań.

W ustroju socjalistycznym, gdzie władzę wzięły w swoje ręce masy pracujące na czele z klasą robotniczą, sytuacja przedstawia się odmiennie. Państwo socjalistyczne otacza troskliwą opieką każdego człowieka pracy, a opieka ta wyraża się w zapewnieniu bezpieczeństwa pracy i w ulepszeniu warunków bytowania pracowników. Lekarz w ustroju socjalistycznym troszczy się przede wszystkim o zmniejszenie liczby nieszczęśliwych wypadków i zachorowań, a co za tym idzie, o realne podniesienie stanu zdrowia mas pracujących.

O KULTURĘ SANITARNĄ

Jakie są najbardziej skuteczne walki o zmniejszenie liczby nieszczęśliwych wypadków i zachorowań? Wychodząc z założenia, że łatwiej jest chorobom zapobiegać, aniżeli je leczyć, socjalistyczna służba zdrowia kładzie szczególny nacisk na p o d n i e s i e n i e p o z i o m u k u l t u r y s a n i t a r n e j w k r a j u.

W walce o podniesienie kultury higieniczno-sanitarnej wspaniałe wyniki osiągnęła radziecka służba zdrowia, która za pośrednictwem Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, zdołała skupić szerokie masy społeczeństwa radzieckiego wokół zagadnień zdrowia.

Polski Czerwony Krzyż — społeczne ramię służby zdrowia w Polsce Ludowej — opierając się o wzory Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, mobilizuje jak największe masy społeczeństwa do walki o podniesienie kultury sanitarnej w kraju. W tym celu Polski Czerwony Krzyż prowadzi masowe szkolenie sanitarne i organizuje z pośród przeszkolonych POSTERUNKI SANITARNE.

ORGANIZACJA POSTERUNKÓW

Posterunek sanitarny PCK jest to zespół pracowników przeszkolonych na kursach masowego szkolenia sanitarnego, którzy w miejscu swojej pracy zawodowej pełnią społeczną funkcję ratowników zdrowia. Jest to placówka z o r g a n i z o w a n a i k i e r o w a n a przez Zarząd Koła PCK.

Posterunek sanitarny składa się z 5 osób wyznaczonych przez Zarząd Koła PCK, a mianowicie: z komendanta posterunku i 4 ratowników zdrowia. Ponadto Zarząd Koła PCK wyznacza dodatkowo 2—4 ratowników jako rezerwę. Posterunek sanitarny wyposażony jest w apteczkę lub torbę sanitarną i nosze.

Udział w pracach posterunku sanitarnego jest zaszczytną i odpowiedzialną formą pracy społecznej członków PCK.

Do zadań posterunku sanitarnego należy prowadzenie akcji sanitarno porządkowych na terenie swego zakładu pracy, okazywanie pomocy placówkom służby zdrowia w walce z urazami w zakładach pracy, w walce z chorobami zakaźnymi i społecznymi, oraz udzielanie pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach lub nagłych zachorowaniach.

Posterunek sanitarny w zakładzie przemysłowym organizuje dyżury swych członków nie odrywając ich od pracy.

ZADANIA POSTERUNKÓW

MIASTO

W razie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania któregokolwiek z pracowników, dyżurny obowiązany jest udzielić poszkodowanemu natychmiast pierwszej pomocy sanitarnej i, jeżeli zachodzi potrzeba, wezwać lekarza na miejsce wypadku lub zorganizować przewiezienie chorego do szpitala. W godzinach wolnych od pracy zawodowej członkowie posterunku sanitarnego według planu zakładowej placówki służby zdrowia i pod jej kierownictwem dokonują kontroli warunków higieniczno - sanitarnych w halach fabrycznych, nadzorują czystość miejsca pracy, stan sanitarny miejsc użytku publicznego (stołówki, bufety, świetlice, bursy, łaźnie, ustępy itp.), okazują pomoc w przeprowadzeniu szczepień ochronnych itd.

Warunki higieniczne w zakładach przemysłowych zależne są od wielu momentów a mianowicie: od temperatury powietrza w lokalu fabrycznym, od obecności szkodliwych wydzielin w postaci pyłu, gazów, pary itp., od sprawności działania urządzeń wentylacyjnych, od prawidłowego oświetlenia miejsca pracy. To też posterunek sanitarny ma obowiązek kontrolowania przepisów higieny pracy w swoim zakładzie, a w razie stwierdzenia niedociągnięć — zmobilizować społeczny aktyw sanitarny do usunięcia tych niedociągnięć.

Posterunek sanitarny w zakładzie przemysłowym dopilnowuje, by pracownicy byli zaopatrzeni w ubrania i obuwie ochronne, w środki obrony indywidualnej (okulary, tarcze itp.), a w wypadkach kiedy praca związana jest ze znacznym zabrudzeniem ciała — w mydło i gorącą wodę do mycia.

Posterunek sanitarny poświęca duże uwagi ochronie pracowników młodocianych, kobiet i inwalidów wojennych, zatrudnionych w danym zakładzie pracy. Pracując z nimi w jednej hali, zmianie i brygadzie, członkowie posterunku sanitarnego orientują się czy mogą oni wykonać powierzoną im pracę, poznają warunki ich bytowania i robią wszystko, aby zapewnić im zdrowotne warunki pracy.



Członkini Posterunku Sanitarnego przy pracy w czasie żniw.

Foto FP.

WIEŚ

Posterunek sanitarny w wiejskiej spółdzielni produkcyjnej lub państwowym gospodarstwie rolnym dopilnowuje, by mieszkańcy wsi i robotnicy pracujący w polu byli zaopatrzeni w dobrą wodę (nadzoruje stan zbiorników i jakość zawartej w nich wody, organizuje ochronę studzien), kontroluje czy przestrzega się przepisów sanitarnych przy organizowaniu żywienia w polu i w lokalach żywienia zbiorowego, zawiadamia o dostrzeżonych brakach najbliższą placówkę służby zdrowia, organizuje dyżury swych członków w celu zapewnienia ludności wiejskiej pierwszej pomocy sanitarnej w nieszczęśliwych wypadkach lub nagłych zachorowaniach. W razie wykrycia zachorowania zawiadamia o tym najbliższą placówkę służby zdrowia, izoluje chorego od otoczenia, organizuje według wskazówek lekarza opiekę nad chorym w domu, okazuje pomocy przy dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji oraz przy przeprowadzaniu szczepień ochronnych itd.

W okresie nasilenia robót polnych posterunek sanitarny na wsi otacza opieką dzieci, wciągając cały aktyw społeczny do organizowania żłobków i dziecińców.

BLOKI MIESZKALNE

Posterunek sanitarny w bloku lub domu mieszkalnym dopilnowuje przestrzegania przepisów sanitarnych, ustalonych przez służbę zdrowia a dotyczących sprzątania i utrzymania w czystości lokali mieszkalnych i miejsc użytku publicznego, stanu urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych, terminów opróżnienia śmietników, oczyszczenia podwórza ze śmieci i śniegu, oczyszczania zlewów, pomocy w walce z pasożytami i gryzoniami, utrzymania w należytym stanie lokali niezamieszkałych itp., oraz zawiadamia o każdym naruszeniu przepisów sanitarnych odpowiednią placówkę służby zdrowia.

Podobnie jak posterunek sanitarny w zakładzie przemysłowym czy wiejskiej spółdzielni produkcyjnej, posterunek w bloku mieszkalnym organizuje dyżury swych członków w celu zapewnienia mieszkańcom danego bloku pierwszej pomocy sanitarnej w nieszczęśliwych wypadkach lub nagłych zachorowaniach, okazuje pomoc w wykrywaniu chorych, zawiadamia placówkę służby zdrowia o każdym wypadku zachorowania, izoluje chorego do czasu przyjścia lekarza, organizuje opiekę nad chorym w domu, okazuje pomoc przy przeprowadzaniu szczepień ochronnych itp.

DWORZEC KOLEJOWY

Posterunek sanitarny na dworcu kolejowym dopilnowuje przestrzegania warunków higieniczno-sanitarnych w poczekalniach, bufetach, na peronach, w umywalniach, w ustępach itp., nadzoruje stan zbiorników i jakość zawartej w nich wody do picia, zaś w razie dostrzeżenia jakichkolwiek niedociągnięć zawiadamia o tym placówkę kolejowej służby zdrowia. Przeprowadza wśród pasażerów i pracowników kolejowych pogadanki oświatowo sanitarne, zwracając uwagę na przestrzeganie przepisów sanitarnych i przepisów ruchu kolejowego celem zapobieżenia nieszczęśliwym wypadkom, organizuje dyżury swych członków celem zapewnienia pasażerom i pracownikom kolejowym pierwszej pomocy sanitarnej w nieszczęśliwych wypadkach lub nagłych zachorowaniach, organizuje opiekę nad chorymi podczas ich przebywania na dworcu kolejowym.

POCIĄGI

Posterunki sanitarne w pociągach osobowych nadzorują stan sanitarny w wagonach, zachowanie czystości w umywalniach i ustępach oraz zaopatrzenie w wodę, utrzymanie odpowiedniej temperatury, funkcjonowanie wentylacji, zwracają uwagę pasażerów na konieczność przestrzegania przepisów sanitarnych oraz przepisów jazdy pociągami celem zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom, chorobom zakaźnym i społecznym, a w razie wykrycia zachorowania wśród pasażerów izolują danego chorego od otoczenia, organizują opiekę nad chorym w pociągu, zlecając dalszą opiekę nad nim posterunkom sanitarnym na dworcach kolejowych, otaczają opieką również kobiety ciężarne i matki z niemowlętami.

PRACA OŚWIATOWA

Oprócz tego, wszystkie posterunki sanitarne — niezależnie od miejsca ich działania — prowadzą masową pracę uświadamiając o znaczeniu krwiodawstwa, wciągają ludność w szeregi dawców krwi, werbują kandydatów na kursy masowego szkolenia sanitarnego, okazują pomoc Zarządom Kół PCK w pracach oświatowo-sanitarnych wśród ludności, (prelekcje, wieczory kultury sanitarnej, przegląd filmów oświatowo sanitarnych grupowe słuchania radia itp.).

Dobrze zorganizowana praca posterunku sanitarnego stanowi nieocenioną pomoc dla placówek służby zdrowia w szerzeniu oświaty sanitarnej, w walce z urazami w zakładach pracy i w życiu codziennym, w zwalczaniu chorób zakaźnych i społecznych.

Przez zapewnienie ludziom pracy i członkom ich rodzin pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach i zachorowaniach skraca się czasokres leczenia, a co za tym idzie — następuje szybki powrót chorego do zdrowia i pracy.

Działając w myśl zasady socjalistycznej służby zdrowia, która głosi, że zdrowie mas pracujących jest sprawą i dziełem samych mas pracujących, lekarze i pielęgniarki w Polsce Ludowej powinni otoczyć jak najtroskliwszą opieką posterunki sanitarne, które są bojowymi czołówkami mas pracujących w ich walce o zdrowie.

Aleksander Graas

JADWIGA PIOTROWSKA
Pielęgniarka Akademii Lekarskiej w Gdańsku
Klinika Chorób Oczu

Pielęgnowanie w chorobach oczu

PRZYPADKI NIEOPERACYJNE

ZANIM przejdę do omówienia właściwego tematu, tj. pielęgnowania w chorobach oczu, pragnę poświęcić parę słów kwalifikacjom i walorom osobistym pielęgniarki okulistycznej.

Okulistyczną specjalność pielęgniarską pojmuje się powszechnie jako umiejętność przygotowania lub wykonywania zabiegu na oku chorego. Zdawałoby się, że pielęgniarki, które umieją zręcznie odwrócić powiekę, zapuścić we właściwy sposób krople do oka, lub „fachowo" przyłożyć kompres na oko, tym samym gwarantują już idealną opiekę nad chorym oddziału okulistycznego. W praktyce jednak okazuje się, że jest to zgoła niewystarczające. Pacjent z chorobą oczu ptrzebuje do wyzdrowienia wszechstronnej i całkowitej opieki pielęgniarskiej.

Trzeba umieć stworzyć wokół chorego atmosferę spokoju, ładu i porządku, kładąc duży nacisk na estetyczne urządzenie sal dla chorych, bowiem przyjemne, piękne otoczenie, a nawet do pewnego stopnia komfort — sprzyjają zdrowieniu, budząc chęć i radość życia. Niezmiernie ważne dla chorego na oczy są takie czynniki zewnętrzne, jak częste odświeżanie powietrza, odpowiednia temperatura sal, oświetlenie itp.

PIELĘGNIARKA musi się osobiście interesować wszystkim, co stanowi specjalność okulistyczną, w przeciwnym bowiem razie, ani nie będzie rozumiała chorego, ani też nie znajdzie wspólnego języka we współpracy z lekarzem. Poza tym powinna odznaczać się pedantyczną dokładnością i pilną uwagą we wszystkim co robi i jak robi. Pośpiech w pracy jest tu zbędny.

Przed przystąpieniem do manipulacji na oku chorego, pielęgniarka musi sprawdzić swoje paznokcie, czy są krótko obcięte, a następnie dokładnie umyć ręce. W okulistyce istnieje taka zasada: myć ręce przed zabiegiem dla dobra chorego, a po zabiegu — dla dobra własnego. Ma to na celu chronić pielęgniarkę przed zakażeniem. Specjalnej ostrożności wymagają przypadki jaglicy, oraz schorzeń rzeżączkowych i błoniczych spojówki, wtedy też musimy zaopatrzyć się w okulary ochronne i gumowe rękawiczki. Pacjenta trzeba pouczyć, aby bezwzględnie nie dotykał oczu i często mył ręce. Musimy zawsze pamiętać, że obowiązkiem naszym jest wychowywanie pacjentów przez wpajania im podstawowych zasad higieny.

W pielęgnowaniu chorych na oczy trzeba brać pod uwagę nie tylko stan samych oczu, lecz wogóle stan całego ustroju, od niego bowiem prawie zawsze zależy skuteczne leczenie choroby oczu. Mówiąc ogólnie o pielęgnowaniu w chorobach oczu należy mieć na myśli wszystkie środki służące do poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Nie wolno traktować oka jako narząd izolowany od całego ustroju. Musimy podchodzić do chorego człowieka, a nie do przypadku chorobowego.



Obchód lekarski

W zależności od przyczyny schorzeń, stosuje się różne sposoby leczenia i na to musi być skierowana uwaga pielęgniarki.

Leczenie w chorobach oczu można podzielić na:

leczenie lekowe — miejscowe i ogólne,
leczenie fizykalne — miejscowe i ogólne,
leczenie dietetyczne,
leczenie tkankowe,
leczenie operacyjne.

LECZENIE LEKOWE

M i e j s c o w e. Krople i maści do oczu, podobnie jak pipetki i pałeczki szklane, za pomocą których wprowadza się leki do oczu, m u s z ą b y ć w y j a ł o w i o n e. Można je wyjaławiać w sposób następujący: do naczynia, którego dno wysłane jest warstwą waty lub gazy, stawiamy buteleczki z lekami (wraz z pipetkami, jeżeli pipetki są szczelnie dopasowane do szyjek buteleczek); do naczynia nalewamy tyle wody, aby przewyższała nieco poziom leków i gotujemy na małym ogniu w ciągu 30 minut. Natomiast jeżeli buteleczki nie są szczelnie zamknięte pipetkami, a tylko gumki pipetek przykrywają otwór szyjek, wtedy buteleczki zamykamy korkami, najlepiej gumowymi. Wyjałowione leki można używać aż do wyczerpania ich z buteleczki, tylko pipetki należy często gotować. Dla utrwalenia jałowości leków na dłuższy czas, można dodawać 1 kroplę 1% roztworu sublimatu na 10 g leku.

Pipetki, po dokładnym wypłukaniu z leków, można gotować razem w dużej ilości wody. Wyjątek stanowią pipetki od atropiny, skopolaminy i homatropiny, które muszą być gotowane w trzech oddzielnych, wyraźnie oznaczonych naczyniach. Chodzi o to, by leki te o bardzo silnym działaniu nie osiadały na innych pipetkach (już nawet jedna milionowa część grama atropiny jest zdolna rozszerzyć źrenicę).

Maści do oczu, w szczelnie zamkniętych słoikach, gotujemy w ten sam sposób, co leki płynne. Pałeczki szklane gotujemy w dużej ilości wody, po uprzednim odtłuszczeniu ich wacikiem z benzyną.

Leki do oczu powinny być wyraźnie oznaczone, aby zapobiec omyłkom przy wkraplaniu. Czasem jedna kropla leku użyta nieodpowiednio może wyrządzić choremu niepowetowaną szkodę, albo co najmniej obezwładnić na pewien czas oko. Nie wolno kierować się ustawianiem leków według pewnego porządku, lecz za każdym ujęciem pipetki trzeba bezwzględnie sprawdzić napis na buteleczce, w której pipetka tkwi.

Specjalną uwagę musimy zwracać na a t r o p i n ę; nawet właściwe jej użycie może wywołać (u dorosłych rzadko) objawy zatrucia, jak suchość w gardle, mdłości, zaczerwienienie twarzy, przyspieszenie tętna, podniecenie itd. Przy większej wrażliwości pacjenta występuje rozszerzenie źrenicy w oku nie leczonym atropiną.

Szczególnie wrażliwe na atropinę są małe dzieci, u których przy zapuszczeniu do oka 1% roztworu mogą wystąpić objawy zatrucia, (np. zaczerwienienie całego ciała) mimo że źrenica uległa tylko nieznacznemu rozszerzeniu. Nie wolno wtedy dalej zapuszczać atropiny, kierując się nierozszerzoną źrenicą, gdyż może to nawet spowodować śmierć dziecka, jak się to już zdarzało.

Aby zapobiec przedostaniu się atropiny przez drogi łzowe do gardła, należy ucisnąć palcem okolicę przyśrodkową powiek, gdzie znajdują się otworki łzowe.

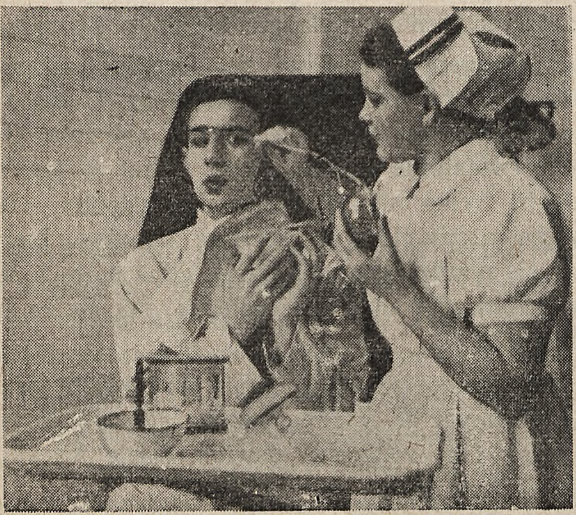
Z leczeniem lekowym wiąże się często konieczność badania bakterioskopowego wydzieliny z worka spojówkowego. W tym celu pobieramy pałeczką szklaną wydzielinę z dolnego załamka worka spojówkowego, a w razie skąpej ilości — z mięska łzowego. Nie należy brać wydzieliny z brzegów i kątów powiek, gdyż są one zazwyczaj zanieczyszczone. Pobraną wydzielinę rozmazujemy cienko i równomiernie na czystym szkiełku przedmiotowym, suszymy w powietrzu w ciągu 5—10 minut i utrwalamy przez trzykrotne przeprowadzenie nad płomieniem spirytusowym. Pożądane jest przygotowanie naraz kilku rozmazów. Preparaty utrwalone odsyłamy do pracowni bakteriologicznej.

Jeżeli w rozmazie nie znajduje się bakterii, wtedy wydzielinę, pobraną w ten sam sposób, wkładamy do probówki z agarem, rosołem lub krwią i odsyłamy do pracowni bakteriologicznej celem wyhodowania kultury bakterii.

W przypadkach jaglicy zachodzi często potrzeba badania cytologicznego zeskrobin nabłonka spojówki powiek na obecność tzw. ciałek wtrętowych *). Znieczulamy wtedy spojówkę odwróconej górnej powieki 1% roztworem kokainy, następnie ostrożnie zeskrobujemy powierzchownie nabłonek spojówki brzegiem szkiełka pokrywkowego. Pobrany materiał rozmazujemy na szkiełku podstawowym, suszymy

* Ciałka wtrętowe są to drobniutkie ziarenka, ułożone w zarodzi komórki, koło jądra, na podobieństwo czapeczki.

w ciągu 15—30 min. w powietrzu, po czym na 15 min. zanurzamy preparat do alkoholu 95%. Po wyjęciu z alkoholu pozostawiamy otwarty preparat aż do wyschnięcia i oddajemy go do pracowni.



Wypłukiwanie górnego załamka worka spojówkowego.

OGÓLNIE. Podając choremu leki do wewnątrz musimy znać nie tylko sposób ich działania, ale i powikłania, jakie mogą wystąpić u niektórych osób.

Zdarza się, że pomimo racjonalnego dawkowania jakiś lek może mieć działanie dwojakie. Np. w chorobach krążenia przez zażywanie kofeiny (np. mocnej kawy) zwiększa się ciśnienie śródoczne, co może spowodować napad jaskry. Dinitrofenol, podawany u osób otyłych w celach odtłuszczenia, może spowodować zmętnienie soczewki (kataraktę). Przy usuwaniu glist, podając santoninę lub extractum filicis można wywołać żółtowidzenie lub spowodować zaniewidzenie, na skutek uszkodzenia nerwu wzrokowego. Belladona, atropina, bellergal, przyjmowane do wewnątrz mogą wywołać napad jaskry, wskutek rozszerzenia źrenicy.

W związku z tymi szkodliwościami pielęgniarka powinna w porę zgłaszać lekarzowi wyniki swej b a c z n e j obserwacji.

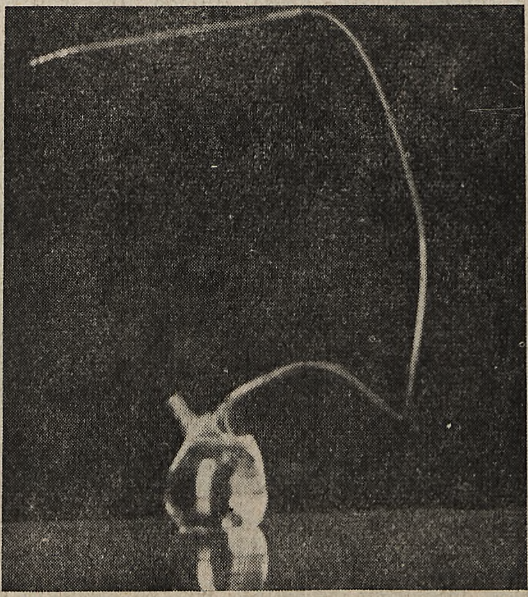
LECZENIE FIZYKALNE

MIEJSCOWE. Wchodzą tu w grę następujące czynności pielęgniarskie.

S t o s o w a n i e c i e p ł a. Ciepło powoduje lepsze ukrwienie tkanek chorobowo zmienionych, przyspiesza wchłanianie produktów zapalnych, ułatwia fagocytozę oraz znosi lub łagodzi bóle. Z tego względu ciepło ma szerokie zastosowanie w szeregu chorób oczodołu, powiek, narządu łzowego, rogówki, twardówki i tęczówki. Ciepło stosuje się w postaci nagrzewań przy pomocy poduszeczki elektrycznej, woreczków z odcedzonym gorącym rumiankiem lub siemieniem lnianym, względnie jako okłady z gorącej wody ewentualnie w formie pary i diatermii.

Ogrzewanie powinno być równomierne, stałe i trwać około 15 min. Gdy mamy do czynienia z większą liczbą chorych skierowanych do nagrzewań oczu, nie należy używać wspólnych okładów ani naczyń dla dwu albo więcej oczu, w obawie przed przeniesieniem infekcji. Poduszeczka powinna mieć dostateczną ilość powłoczek, które trzeba prać i gotować. To samo dotyczy woreczków płóciennych. Stosując okłady z waty, zanurzamy płatki waty w gorącej wodzie, wyciskamy z nich nadmiar wody dwiema pincetami i zbliżamy do oka. Gdy wata nie będzie już zbyt gorąca, przykładamy ją rozpostartą na oko. W międzyczasie przygotowujemy drugi płatek na zmianę, aby nie było przerwy w okładach. Po użyciu, dla oszczędności watę gotujemy przez godzinę w wodzie, suszymy i możemy ją ponownie używać.

Chorzy najlepiej znoszą nagrzewanie oczu parą. Jest ono równomierne, ciągłe i najmniej męczy chorego. Diatermia jest znów bardziej



Irygatror oczny: kanka szklana o średnicy 3—4 mm połączona drenem gumowym z undynką.

skuteczna z tego względu, że powoduje wytwarzanie ciepła w samych tkankach.

Stosowanie zimna. Zimno znosi lub łagodzi bóle, gdyż anemizuje przekrwione tkanki. Stosuje się je w początkowym okresie zapalenia spojówek, oraz bezpośrednio po zastosowaniu środków przyżegających (jak np. azotan srebra, siarczan miedzi).

Najprostszym sposobem chłodzenia spojówek jest polewanie zamkniętych powiek cienkim strumieniem bieżącej wody. Pacjenta usadawia się przy zlewie z głową pochyloną w dół i nieco na bok.

Stosuje się też okłady z 3% kwasu bornego lub roztworu cjanku rtęci 1:5.000, watę do okładów dobrze jest trzymać na czystym lodzie. Lodu bezpośrednio na powieki nie przykłada się, gdyż może to spowodować martwicę tkanek. Chłodzenie, podobnie jak ogrzewanie, powinno być ciągłe, nie dłuższe niż 10—15 min.

Masaż oka. Stosuje się jako zabieg pomocniczy, celem obniżenia ciśnienia śródocznego (jaskra), w przypadkach zapalenia rogówki, po uprzednim założeniu do oka odpowiedniej maści, i w skrofulicznych zapaleniach spojówki. Masaż wykonuje się po przez górną powiekę delikatnymi, okrężnymi ruchami palców. Przy masażu rogówki polecamy pacjentowi, aby patrzył przed siebie, zaś przy masażu spojówki — w kierunku przeciwnym do miejsca schorzałego.

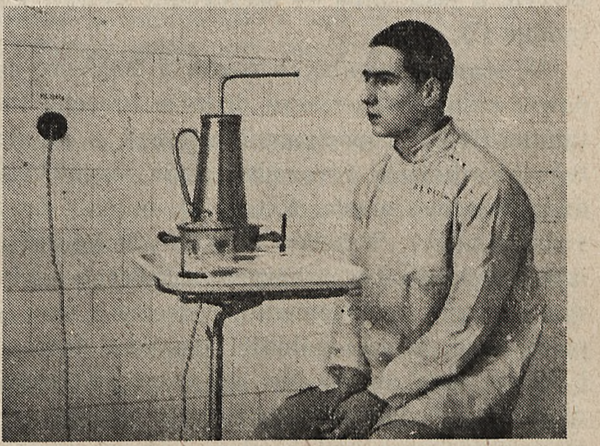
Pijawki. Zaleca się je w ostrej jaskrze oraz w bolesnych zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego. Zazwyczaj stawia się około 3—5% pijawek na skroń, omijając brzegi powiek i większe naczynia krwionośne. Pole przeznaczone dla pijawek zmywa się czystą wodą, osusza i smaruje roztworem cukru. Z naczynia, w którym przyniesiono pijawki, wygarnia się je po jednej do kieliszka lub probówki i, kolejno, probówkę z pijawką przystawia się do skroni. Gdy już wszystkie pijawki przyssą się, pozostawia się je tak długo aż napęcznieją, względnie do czasu, gdy pacjent nie będzie mógł znosić ich dłużej. Posypanie solą miejsca przyczepu pijawek ułatwia ich odjęcie.

Po zabiegu, na miejsce krwawiące zakładamy suty, jałowy, hygroskopijny opatrunek.

ŚWIATŁOLECZNICTWO I RADIOLECZNCTWO

W schorzeniach rogówki stosuje się miejscowe naświetlanie lampą łukową z filtrem pozafiołkowym. W przypadkach nowotworów, w niektórych stanach zapalnych tęczówki i ciałka rzęskowego stosuje się miejscowe naświetlania promieniami radu i Roentgena. Powierzchowne lecz uporczywe schorzenie rogówki leczy się tzw. promieniami granicznymi Bucky'ego.

Powyższe naświetlania może wykonywać pielęgniarka, po specjalnym przeszkoleniu rentgenowskim, pod kierunkiem radiologa.



Naczynie blaszane z wrzątkiem do nagrzewania oczu parą, ustawione na kuchence elektrycznej.

LECZENIE FIZYKALNE OGÓLNE

Można podzielić je na leczenie klimatyczne morskie i górskie, balneoterapeutyczne i aktinoterapeutyczne (światłolecznictwo).

Leczenie takie nie należy do pielęgniarki w ramach opieki zamkniętej, ani do specjalności okulistycznej, ważne jest zaś dla tych koleżanek, które pracują na placówkach, dokąd kierują się chorych na oczy. Ze względu jednak na obszerność tematu nie będę go tu rozwijała.

OGÓLNE LECZENIE DIETETYCZNE

Kwestia diety w chorobach oczu ważna jest z dwóch powodów: po pierwsze, odpowiednie żywienie chorych jest częścią składową terapii, po wtóre zaś, istnieje ścisły stosunek między doborem pokarmu, a przyczyną pewnych chorób oczu. Jako prawidło, chorzy cierpiący na oczy powinni mieć dietę lekkostrawną, lecz bogatą w sole mineralne i witaminy oraz wartościową pod względem kalorycznym. Chodzi o to, aby pokarm nie zalegał w jelitach, powodując zatrucie lub przekrwienie, a jednocześnie aby dostarczał organizmowi niezbędnych substancji od-

żywczych. Należy tu uwzględnić współistniejące stany chorobowe innych narządów, a szczególnie zaburzenia przemiany materii, które wymagają diety specjalnej. Schorzenia te nie łagodzone dietą mogą odbić się ujemnie na przebiegu leczenia oczu. W systemie odżywiania chorych na oczy należy dbać o celowy dobór witamin, indywidualizując przypadki schorzeń. W razie krwotoków i wysięków śródocznych ograniczamy ilość płynów, zwiększamy zaś ilość owoców, jarzyn, a jeśli miną — szczególnie cytryn (witamina C).

W stanach zapalnych rogówki będziemy podawać rośliny strączkowe, drożdże, orzechy (witamina B). W ślepocie zmierzchowej — na skutek wyschnięcia i rozmiękczenia rogówki — dużo świeżego masła, żółtek jaj, mleka i tranu (witamina A). Wszelkie dodatki alkoholowe są wzbraniane dla tych chorych, u których stwierdza się wzmożone ciśnienie śródoczne i stan zapalny oczu, w szczególności zapalenie tęczówki i nerwu wzrokowego. Nie wskazane jest jednak nagłe wycofanie alkoholu u tych, którzy są do niego przyzwyczajeni, bowiem można w ten sposób wywołać atak niepokoju, połączony nieraz z halucynacjami. Lepiej jest zmniejszać dawki alkoholu stopniowo i podawać co pewien czas wino, piwo, kefir i kwas chlebowy.

LECZNICTWO TKANKOWE

Leczenie tkankowe stosuje się ostatnio z powodzeniem w nieuleczalnych niemal chorobach oczu, jak: zwyrodnienie siatkówki, zanik nerwu wzrokowego, ciężkie powikłania jaglicze itp.

Leczenie tkankowe zostało wprowadzone i rozpowszechnione przez uczonego radzieckiego, profesora okulistyki, Fiłatowa. Opiera się ono na spostrzeżeniu, że każda żywa tkanka, oderwana od swego podłoża, gdy się znajduje w warunkach niekorzystnych dla swego bytowania (lecz niezabójczych) jak np. brak światła, niska temperatura — nie chce ginąć i zaczyna się przestrajać biochemicznie, wytwarzając w sobie „substancje oporu". Taka przestrojona tkanka, wszczepiona do żywego organizmu ma zdolności pobudzania przemiany materii i zwiększania odporności ustroju chorego, przyczyniając się do jego uzdrowienia. W okulistyce wszczepia się przeważnie tkankę owodni lub łożyska ludzkiego pod spojówkę albo pod skórę. **)

Do zadań pielęgniarki należy tu odpowiednie przechowywanie tkanki (w 1% roztworze chloraminy w miejscu chłodnym — od +2 do +4 stopni C), a bezpośrednio przed wszczepieniem —opłukanie jej jałowym rozczynem soli fizjologicznej. Pielęgnowanie chorych po wszczepieniu tkanki, jest takie jak w przypadkach operacynych bez rozcięcia gałki ocznej.

Zasady pielęgnowania chorych leczonych operacyjne podałam w mies. „Pielęgniarka Polska", numer listopadowy z 1949 r.

Jadwiga Piotrowska

**) Patrz „Pielęgniarka Polska" Nr. 11, rok 1950, artykuł Dr. Stanisława Bobera pt. „Leczenie tkankami".

N. G. LINKOWA
Przewod. Mosk. Rady Pielęgn.

Moralne oblicze pielęgniarki

Referat wygłoszony na wszechzwiązkowej naradzie dyrektorów szkół pielęgniarstwa przy Ministerstwie Zdrowia ZSRR w dn. 18.IV. 1950 r., na miejscowej konferencji naukowej w Moskwie w maju 1950 r.; na konferencji naukowejwej pielęgniarek Instytutu im. Sklifosowskiego w czerwcu 1950 r. oraz na uroczystości wręczania dyplomów w Szkole Pielęgniarstwa przy Instytucie im. Sklifosowskiego.

OPIEKA nad zdrowiem mas pracujących jest poważnym zadaniem Państwa. Dlatego też Partia, Rząd, oraz osobiście tow. Stalin poświęcają wiele uwagi zarówno samej sprawie ochrony zdrowia, jak i pracownikom medycznym.

W tej olbrzymiej armii pracowników medecznych pracuje wielu skromnych ludzi — lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszek, całkowicie oddanych sprawie zdrowia, niektórzy z nich poświęcili już dziesiątki lat swego życia dla pięknej i zaszczytnej pracy, dając przykład oddania sprawie i porywając za osobę innych pracowników.

Rzeczą niezmiernie ważną jest zbieranie doświadczeń z pracy czołowych pracowników służby zdrowia, popularyzowanie ich pośród całego społeczeństwa medycznego, szerzenie wiadomości o życiu i pracy pracowników społecznych, pouczanie na konkretnych przykładach, jak należy podnieść na wyższy poziom jakość obsługi chorych.

W wychowaniu kadr średniego personelu medycznego ogromne znaczenie posiada wpojenie odpowiedniego stosunku do chorego i jego pielęgnowania, które często decyduje o wyzdrowieniu pacjenta. W porę postawione lekarskie rozpoznanie, prawidłowo wyznaczone leczenie, udana operacja często tracą swoje znaczenie, jeśli brak następnie umiejętnej opieki pielęgniarskiej. Lekarze pozostają krótko przy łóżku chorego, większą część doby — prawie 24 godziny — chory pozostaje pod opieką pielęgniarek. Nakłada to na pielęgniarkę dużą odpowiedzialność i wysuwa ją, jako najbliższego współpracownika lekarza.

Do obowiązków pielęgniarki należy wypełnianie szeregu zleceń i zabiegów, przyjmowanie nowego chorego, dbałość o porządek na oddziale, kierowanie pracą młodszego personelu, to wszystko sprawia, że pielęgniarka jest w rzeczywistości gospodynią oddziału, za który jest odpowiedzialna.

Najważniejszym jednak obowiązkiem pielęgniarki jest s t a ł a u w a ż n a o b s e r w a c j a c h o r e g o. Nic nie powinno ujść jej uwadze, każdy objaw u chorego powinien być spostrzeżony i prawidłowo oceniony.

Pielęgniarka powinna posiadać specjalne cechy charakteru: subtelność, takt, uczciwość, dobroć i serdeczność w stosunku do chorych — są to najważniejsze zalety pielęgniarki dopomagające jej w pielęgnowaniu chorych. Delikatna ręka pielęgniarki, którą przyłoży do głowy ciężko chorego, koi jego ból fizyczny i poprawia samopoczucie.

Niestety nie wszystkie pielęgniarki doceniają i rozumieją własną rolę. Często same mylnie określają swe stanowisko w szpitalu, uważając, że sprawą najważniejszą jest wykonanie zleceń lekarza — rozdanie lekarstw, wykonanie zastrzyków czy innych zabiegów — na tym kończą się ich obowiązki. Stąd wynika — że należy kłaść duży nacisk na wyrobienie w pielęgniarce odpowiedzialności, świadomości, że jest ona najbliższą pomocnicą lekarza, że powierzono jej życie chorego — najcenniejszy kapitał socjalistycznego społeczeństwa.

Pielęgniarka może się wielu rzeczy nauczyć, istnieją jednak rzeczy, których nie zawiera żaden podręcznik. Jest to takt, subtelność, zdolność obserwacji, kulturalne podejście do chorego, dokładność w pracy. Przy rekrutacji kandydatek do szkół pielęgniarstwa należy przede wszystkim pamiętać o tych cechach charakteru.

POWSTAJE przy tym poważne zagadnienie selekcji zawodowej zgodnie z powołaniem. Gdzie i w jaki sposób należy przeprowadzać za-

wodową selekcję? Przede wszystkim podczas przyjęć do szkół średniomedycznych. Przeważnie popularyzując zawód pielęgniarski, mówimy o jego stronach dodatnich, mało omawiając te trudności, na które się natrafia w codziennej praktyce. Należy wytłumaczyć młodym dziewczętom, które pragną poświęcić się zawodowi pielęgniarskiemu .że jest to piękny i szlachetny zawód, lecz praca jest ciężka, wymaga dużo serdeczności, delikatności, gotowości poświęcenia, czasami nawet ofiary, lecz przede wszystkim powołania i zamiłowania do zawodu — są to, obok innych, ważne zalety wymagane przy przyjęciach do szkół.

Niedociągnięcia w pielęgnowaniu chorych, nieporozumienia powstające między chorymi a personelem, między lekarzem i pielęgniarką są często wynikiem braku selekcji zawodowej właśnie wśród pielęgniarek.

Na zasadzie wieloletnich obserwacji i praktyki, kierując pracą pielęgniarek po ukończeniu szkół, mogłam zauważyć ich stosunek do zawodu. Niektóre proszą, aby je skierować do ambulatorium, nie zaś do chorych na oddział, gdyż nie znoszą jęków i przykrych zapachów. Często okazuje się, że zgłaszają się do szkół pielęgniarstwa dlatego, że nie zdały egzaminu konkursowego do innego zakładu naukowego. Jest to wielkie nieporozumienie, przede wszystkim niepotrzebnie zużywa się fundusze państwowe, poza tym wynika szereg nieporozumień, zwiększają się skargi lekarzy i chorych. Do średniomedycznych szkół przyjmowane są bardzo młode dziewczęta. Naturalnie przy należytym wychowaniu można w nich wyrobić zalety konieczne pielęgniarkom, cechują one bowiem większość radzieckiej młodzieży.

NIESTETY w szkołach średnio-medycznych w ZSRR kładzie się mało nacisku na wychowanie w oparciu o historyczne podkłady patriotyzmu i moralnego oblicza pielęgniarek.

Przytoczę tu w bardzo krótkim zarysie historię naszego pielęgniarstwa.

Pierwsze pielęgniarki rosyjskie występują w czasie wojny krymskiej w 1854 r. przy obronie Sewastopola. We wspaniałym dziele „Sewastopolska Kampania“ Sergiejew Ceński poświęca dużo uwagi sylwetce pierwszej rosyjskiej pielęgniarki, 18-letniej **Daszy**.

W 1854 r. założono w Petersburgu „Kresto Wowozdwiżenskoje“ Zjednoczenie Pielęgniarek. Pierwszy zastęp tego Zjednoczenia w liczbie 32 pielęgniarek przybył do Symferopola 1 grudnia 1854 r.

Nie zważając na niedostatek i trudy, kobiety rosyjskie pracowały z entuzjazmem, nie poddając się zmęczeniu i narażając na niebezpieczeństwo swoje życie.

Wiele bohaterstwa, samozaparcia, patriotyzmu i wysokich kwalifikacji moralnych wykazały czerwone pielęgniarki na frontach wojny domowej. Pierwszymi czerwonymi i najbardziej bohaterskimi pielęgniarkami były robotnice i chłopki, komunistki i bezpartyjne — ideowi bohaterowie rewolucji, nie zaś przedrewolucyjne siostry Czerwonego Krzyża.

W ciężkie dni Wielkiej Wojny z faszyzmem, gdy towarzysz Stalin wezwał narody ZSRR do zorganizowania się w jeden walczący obóz łącznie z armią i flotą do prowadzenia wojny wyzwoleńczej za honor, wolność, niezawisłość ojczyzny, za rozgromienie armii faszystowskiej — pracownicy medyczni spełnili z honorem swój obowiązek.

Powojenna pięciolatka Stalinowska postawiła przed pracownikami medycznymi poważne zadanie w walce o zdrowie mas pracujących: walkę o kulturę sanitarną kraju, o czystość i porządek w osiedlach robotniczych, o likwidację chorób zakaźnych, o zdrowie pacjenta w zakładzie służby zdrowia. Aby sprostać tym wszystkim zadaniom, pielęgniarki winny stale się dokształcać, powinny uzupełniać swoje wiadomości

Należy jednak uczyć się nie tylko przedmiotów medycznych, ale stale pogłębiać swój poziom ideologiczno-polityczny. Pielęgniarka jest nie tylko pracownikiem służby zdrowia, lecz przyjacielem i doradcą rannych i chorych. Pielęgniarka czyta chorym i rannym gazety, przeprowadza pogadanki, powinna więc posiadać dużo wiadomości, być uzbrojona w ideologię komunizmu, ideę Lenina-Stalina.

Pielęgniarki winny wykorzystać jasne, niezapomniane doświadczenia przeszłości, uczyć się w pracy codziennej na wzorach ofiarnych, skromnych pracowników dla szlachetnej sprawy — ochrony zdrowia mas pracujących, brać udział we wzmocnieniu obronności ojczyzny, w budowie państwa socjalizmu.

Wolny przekład z rosyjskiego
L. B.

Dr IZABELA BIELICKA

PRACA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO NA ODDZIALE NOWORODKÓW

(Instrukcja)

NA oddziałach (salach) noworodków powinien pracować personel pielęgniarski o najwyższych kwalifikacjach zarówno zawodowych, jak i osobistych.

Okres noworodkowy przedstawia szereg osobliwości nie tylko w porównaniu z dzieckiem starszym, ale także w stosunku do niemowlęcia 1- i 2-miesięcznego.

Ustrój noworodka jest szczególnie wrażliwy na infekcje oraz na zmianę temperatury otoczenia.

SPRAWY ORGANIZACYJNE

a) W dużych zakładach powyżej 40 łóżek i w zakładach położniczych o charakterze naukowym wydziela się specjalne oddziały noworodków.

Pracą pielęgniarską na oddziale kieruje pielęgniarka oddziałowa, bezpośrednio podlegająca kierownikowi oddziału i uzgadniająca swoją pracę z przełożoną szpitala. Należy dążyć do tego, by na salach noworodków pracowała stała, niezmieniająca się ekipa pielęgniarek. Pielęgniarki salowe są podporządkowane bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej.

b) W mniejszych zakładach położniczych, w których istnieje tylko kilka sal dla noworodków należy wyodrębnić specjalną stałą ekipę pielęgniarek salowych, które będą pracować wyłącznie na tych salach. Pielęgniarki podlegają lekarzowi-pediatrze i koordynują swoją pracę z pielęgniarką oddziałową.

Wśród personelu pielęgniarskiego musi być prowadzona stale praca nad pogłębianiem wiadomości, kwalifikacji zawodowych i dyscypliny pracy. Na oddziale noworodków nie ma „drobiazgów", najmniejsze zaniedbanie w pielęgnowaniu może doprowadzić do bardzo poważnych następstw.

c) W najmniejszych zakładach położniczych (izby porodowe) opiekę nad matką i noworodkiem sprawują położne.

Pielęgniarka sali (oddziału) noworodków podlega w wykonaniu swych czynności bezpośrednio kierownikowi oddziału, a służbowo przełożonej pielęgniarek.

Pielęgniarce sali noworodków podlega służbowo personel pomocniczy i salowy, przydzielony do sali noworodków.

d) Na oddziale noworodków praca salowych powinna ograniczać się wyłącznie do sprzątania i utrzymania czystości, pomimo to odgrywają one bardzo dużą rolę w należytej pracy zakładu. Od ich sumiennej pracy, kierowanej przez lekarza i starszą pielęgniarkę, a stale kontrolowanej przez pielęgniarkę salową, zależy czystość oddziału — podstawowe zagadnienie w utrzymaniu życia i zdrowia dziecka. Dlatego lekarz i pielęgniarka obowiązani są do podnoszenia zawodowych kwalifikacji salowych.

W mniejszych zakładach porodowych salowe zajmują się pod kierunkiem i kontrolą pielęgniarki — pielęgnowaniem dzieci.

Położne i pielęgniarki w tych zakładach obowiązane są co najmniej 1 raz w ciągu dyżuru przewinąć dzieci i dokładnie je obejrzeć.

Wszystkie odpowiedzialne zabiegi, jak rozdanie lekarstw, kąpiele, opatrunki itd. należą do obowiązków położnej albo pielęgniarki podobnie, jak pielęgnowanie dzieci słabych i chorych.

Należy jednak dążyć do tego, by pielęgnowanie noworodków należało wyłącznie do pielęgniarek. Jest to praca bardzo odpowiedzialna, ciężka, wymagająca inteligencji, dużych wiadomości teoretycznych i opanowania techniki zabiegów.

Na pielęgniarkę powinno przypadać 12-18 noworodków zdrowych, albo 8 dzieci na oddziale obserwacyjnym, względnie 5 wcześniaków.



Wcześniak w cieplarce

Ze względu na swoistą organizację oddziału noworodków i konieczność wysokiej dyscypliny pracy, pożądanie jest, by nawet na mniejszych oddziałach noworodków istniał etat pielęgniarki oddziałowej. Na 2 pielęgniarki, t. zn. na 24-30 dzieci powinna przypadać 1 salowa.

PRACA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

Praca pielęgniarki oddziałowej na oddziale noworodków jest szczególnie ważna i odpowiedzialna, dlatego też powinna ona posiadać odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe, szczególnie w dziedzinie fizjologii i patologii noworodka oraz opanować w dostatecznej mierze technikę zabiegów.

Oddziałowa powinna posiadać duży autorytet i być pedagogiem dla całego zespołu pielęgniarskiego.

Oddziałowa powinna znać indywidualne właściwości każdego dziec-

ka i zlecenia lekarskie, dlatego powinna bezwarunkowo brać udział w obchodach lekarza.

Oddziałowa powinna znać wszystkie położnice i razem z lekarzem brać udział w codziennych obchodach (zszczególnie w czasie karmienia); powinna z pełnym zrozumieniem wysłuchiwać skarg i pytań ze strony matek i starać się, by matki nie miały powodów do skarg.

Pielęgniarka oddziałowa odpowiada za właściwy stosunek pielęgniarek do matek i dzieci.

Oddziałowa odpowiada za zapotrzebowanie, przechowywanie i wydawanie bielizny i innych przedmiotów zaopatrzenia. Oddziałowa odpowiada za zapotrzebowanie i przechowywanie leków, materiału opatrunkowego i instrumentów. Od należytej pracy pielęgniarki oddziałowej zależy poziom całego personelu.

O wszystkich brakach gospodarczych, sprawach organizacyjnych oddziałowa melduje kierownikowi oddziału, pod którego kierownictwem stale pracuje.

Pielęgniarka oddziałowa zapotrzebuje lekarstwa i środki opatrunkowe dla oddziału, osobiście przyjmuje je z apteki i przechowuje w apteczce oddziałowej. Apteczka oddziałowa powinna być utrzymana w należytej czystości. Leki powinny mieć wyraźne etykietki i być przechowywane w odpowiednim porządku: oddzielnie do użytku wewnętrznego, oddzielnie do użytku zewnętrznego. Leki należące do grupy silnie działających (A i B) powinny być przechowywane pod kluczem.

Pielęgniarka oddziałowa schodząc z pracy pozostawia potrzebne leki pielęgniarce dyżurnej. Pielęgniarka oddziałowa czuwa osobiście nad należytym przygotowaniem materiału jałowego dla opatrywania rany pępkowej oraz nad wyjaławianiem narzędzi.

Oddziałowa czuwa osobiście nad wyjałowieniem scedzonego pokarmu.

Oddziałowa układa dyżury pielęgniarek i salowych z góry co najmniej na okres miesiąca i czuwa nad ścisłym jego przestrzeganiem.

PRACA PIELĘGNIAREK SALOWYCH

Pielęgniarki salowe podlegają bezpośrednio oddziałowej. Pielęgniarki salowe odpowiadają za czystość i porządek na swoich salach, dla tego też osobiście czuwają nad należytym sprzątaniem. Do obowiązków pielęgniarki salowej należy wszystko, co dotyczy pielęgnowania noworodków, dlatego powinna być czujna i spostrzegawcza w stosunku do dzieci, zaś o swoich spostrzeżeniach powinna meldować lekarzowi i sumiennie odnotowywać to w dzienniczku pielęgniarskim.

W stosunku do położnic pielęgniarka powinna być zawsze życzliwa i grzeczna i chętnie udzielać wyjaśnień w sprawach, które podlegają jej kompetencji, pozostawiając kwestie bardziej zasadnicze do wyjaśnienia lekarzowi.

PRZYGOTOWANIE DO ZDANIA DYŻURU

Pielęgniarka, pełniąca dyżur nocny, doprowadza do porządku karty gorączkowe i przygotowuje dzieci oraz salę do zdania dyżuru; mierzy dzieciom temperaturę i waży je.

Pielęgniarka obejmująca dyżur poranny przygotowuje dzieci do karmienia i sale do wizyty lekarza.

Obydwie pielęgniarki razem, ta która zdaje i ta która przyjmuje, podchodzą po kolei do każdego noworodka. Pielęgniarka, która zdaje dyżur, referuje koleżance wszystko, co wie o stanie zdrowia dziecka, o tym jakie zlecenia zostały wykonane, jakie pozostały do wypełniania. Pielęgniarka przyjmująca dyżur sprawdza zlecenia i ich wykonanie według odpowiednich notatek na karcie gorączkowej. Poza tym pielęgniarka zdająca dyżur przekazuje inwentarz sali, za który ponosi odpowiedzialność, sprawdza bieliznę, materiał jałowy i leki oraz czystość sali. O wszystkich brakach i uszkodzeniach pielęgniarka zdająca dyżur powinna meldować koleżance przyjmującej dyżur. Niezależnie od tego pielęgniarka przyjmująca dyżur powinna zawsze dokładnie sprawdzić, czy na sali znajduje się wszystko potrzebne do pracy.

Jeżeli przyjmując dyżur pielęgniarka spostrzeże jakieś niedociągnięcia i braki, powinna natychmiast zanotować w dzienniczku oddziałowym ze swym podpisem. Wszystkie braki należy w miarę możności natychmiast naprawić.

Przy przyjmowaniu dyżuru pielęgniarka powinna rozwinąć i obejrzeć wszystkie dzieci chore, słabe, a także noworodki mające odparzenia. Przy najbliższym przewijaniu dyżurna pielęgniarka ogląda wszystkie pozostałe dzieci i odnotowuje swoje uwagi w dzienniczku.

PRZYGOTOWANIE SALI DO WIZYTY LEKARZA

Pielęgniarka pracująca przed południem przygotowuje salę do wizyty lekarza. Polega to na:

a) dokładnym zapoznaniu się ze stanem dziecka i przebiegiem dyżuru nocnego;

b) sprawdzeniu stanu narzędzi, leków i materiału opatrunkowego;

c) kontroli czystości sali;

d) doprowadzeniu do porządku miejsca pracy lekarza i pielęgniarki, przygotowuje się kolejno dzienniczki pielęgniarskie i historię rozwoju dzieci, materiał jałowy, płyn dezynfekujący, centymetr, łopatki, latarki i inne przedmioty, stsownie do zwyczajów panujących w danym zakładzie. Jeżeli sale nie posiadają wody bieżącej — umywalki pedałowe powinny być napełnione ciepłą wodą. Należy również przygotować w dostatecznej ilości ręczniki i czystą bieliznę dla dzieci.

Pielęgniarka melduje lekarzowi o przebiegu poprzednich dyżurów, o trudnościach z matkami, o dzieciach izolowanych, o tych które zachorowały itd.

Pieluszki ze stolcem należy przechowywać w odpowiednich, przykrytych naczyniach do czasu obejrzenia ich przez lekarza. Do badania dziecko podaje się czyste i w czystych pieluszkach. Pielęgniarka pomaga lekarzowi przy badaniu i zapisuje zlecenia, dotyczące dalszego prowadzenia dziecka. Tam, gdzie istnieją odpowiednie łóżeczka, ba-

danie odbywa się na łóżeczku, w większości zakładów jednak badanie odbywa się na stole do przewijania.

Na czas karmienia dzieci przerywa się badanie; pielęgniarki zanoszą dzieci do karmienia, a lekarz w tym czasie obchodzi matki, których dzieci zostały już zbadane, sale zaś są sprzątane i wietrzone. Po zakończeniu karmienia badanie kontynuuje się nadal.

PRZESTRZEGANIE HIGIENY I JAŁOWEGO POSTĘPOWANIA.

ZASADY OGÓLNE

Do pracy na oddziale noworodków dopuszcza się tylko osoby, których stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń. Osoby chore na gruźlicę, kiłę, rzeżączkę i zakaźne choroby skórne nie mają prawa wstępu na oddział noworodków. Ostre choroby zakaźne, choroby z przeziębienia — katary, grypa, angina — wymagają przerwania pracy na oddziale aż do zupełnego wyzdrowienia.

W razie niedomagania pielęgniarka czy salowa powinna natychmiast zgłosić się do pielęgniarki oddziałowej, a ta z kolei melduje o tym lekarzowi, który wydaje odpowiednie zlecenie. Cały personel podlega co miesiąc badaniu w kierunku nosicielstwa na streptokoki hemolityczne oraz bakterie z grupy czerwonki i salamonelli. Nosicieli nie dopuszcza się do pracy, lecz poddaje odpowiedniemu postępowaniu.

Na oddziale obowiązuje strój roboczy. Pielęgniarka i salowa przychodząc do pracy obowiązane są do zmiany obuwia i ubrania na odpowiedni strój szpitalny. Na ubranie robocze składa się: sukienka z jasnego, łatwo piorącego się materiału i miękkie pantofle, przeznaczone wyłącznie do noszenia na oddziale. Do przechowywania tego ubrania i obuwia służy specjalna szafa, w której nie wolno wieszać nic innego. Szafki te powinny być codziennie przecierane płynem dezynfekcyjnym (1% roztwór chloraminy).

Cały personel oddziału przed rozpoczęciem pracy bierze kąpiel, a następnie wkłada świeży fartuch i czepek. Pielęgniarka pracuje w fartuchu dobrze zapiętym, albo dokładnie zawiązanym, z rękawami zawiniętymi do łokcia. Włosy muszą być schowane dokładnie pod czepkiem, zegarek przypięty do górnej kieszeni fartucha, na rękach żadnej biżuterii.

Po wejściu na salę, przed rozpoczęciem pracy, pielęgniarka jest obowiązana dokładnie myć ręce — mydłem i szczotką — w ciągu 5 minut. Paznokcie powinny być krótko obcięte. Pielęgniarka musi zawsze pamiętać o konieczności utrzymania rąk w skrupulatnej czystości. Ręce należy myć dokładnie, mydłem i szczotką, przed i po jedzeniu, po odwiedzeniu toalety, po przeprowadzeniu notatek, po każdej choćby w najmniejszym stopniu brudzącej czynności. Przed każdą manipulacją przy dziecku należy ręce umyć albo przetrzeć płynem dezynfekującym.

Ze względu na to, że w noso-gardzieli ludzi dorosłych znajdują się groźne dla dziecka drobnoustroje, personel pracujący na salach noworodków obowiązany jest do noszenia masek (maski szerokości 15 cm i długości 35 cm z tasiemkami na końcach). Maski trzeba zmieniać co 2 godziny. Po nałożeniu maski należ umyć ręce, każde bowiem dotknięcie maski równoczesne jest z zainfekowaniem rąk. Maska nieodpowiednio noszona jest rozsadnikiem infekcji. Maski nie wolno przechowywać w kieszeni, szczególnie razem z chustką do nosa. Każda sala powinna być zaopatrzona w dostateczną ilość czystych jałowych masek, przed salą zaś musi się znajdować zbiornik na maski brudne.

LEKI I BIELIZNA

Na salę naworodków wstęp ma tylko i wyłącznie personel pracujący na tej sali.

Każda sala powinna mieć własny sprzęt, materiał opatrunkowy i leki. Pożyczanie jakichkolwiek przedmiotów z jednej sali na drugą jest surowo wzbronione.

Każde dziecko musi mieć własne przedmioty konieczne do indywidualnego pielęgnowania. Przedmioty te powinny znajdować się stale w odpowiednim porządku przy łóżku dziecka, na półce albo na stoliku nocnym (termometry, spirytus, oliwa, waciki itp.). Przedmioty przeznaczone dla jednego dziecka nie mogą być pożyczane innym.

Dzieci są ważone zgodnie ze zleceniami lekarza. Waga przed i po każdym dziecku musi być przecierana płynem dezynfekującym. Pieluszka raz użyta do ważenia nie nadaje się już do dalszego użytku i powinna być wyrzucona do kubła.

Bielizna noworodków powinna być prana w oddzielnej specjalnie dla nich przeznaczonej pralni. Bieliznę na oddział przynosi się w zamkniętych plecionych koszykach. Kosze od wewnątrz powinny być wyłożone ceratą, którą należy codziennie przecierać płynem dezynfekującym.



Pielęgniarki przewożą niemowlęta do karmienia

Foto WAF

Rozdziałem bielizny kieruje oddziałowa. Osoby roznoszące czystą bieliznę powinny zakładać czyste fartuchy i dokładnie myć ręce. Pielęgniarka natychmiast po otrzymaniu czystej bielizny powinna umieścić ją w przeznaczonej do tego szafie.

Na sali porodowej dla każdego noworodka należy przygotować pakiety oddzielne bielizny jałowej i, zgodnie ze wskazówkami lekarza, dla dzieci z chorobami skóry — pakiety oddzielne.

Brudną bieliznę składa się do kubłów z przykrywkami. Kubły te natychmiast po zapełnieniu muszą być usuwane z sali, dezynfekowane i opróżniane. Niedopuszczalne jest rzucanie brudnej bielizny na podłogę. Oddziałowa czuwa nad tym, by bielizna była sucha, czysto uprana, dobrze wyprasowana i — w dostatecznej ilości.

TEMPERATURA

Pielęgniarka oddziałowa czuwa nad utrzymaniem odpowiedniej — równej — temperatury na salach i korytarzach. Na salach noworodków zdrowych powinno być 22° C, na sa-

li wcześniaków i na sali porodowej 24°. Jeżeli temperatura nie odpowiada wymaganiom, pielęgniarka powinna o tym zameldować lekarzowi.

Pielęgniarka troszczy się o odpowiednią wentylację sali; sprawdza funkcjonowanie wentylatorów i urządzeń klimatyzacyjnych. W zimnej porze roku sale należy wietrzyć w czasie, kiedy dzieci przebywają u matek. Sala powinna być tak długo wietrzona, aż świeże powietrze dotrze do wszystkich kątów sali, ciepłota zaś obniży się o 1—2°. Jeżeli w czasie wietrzenia na sali znajdują się dzieci, należy odsunąć je dalej od okna i nakryć prześcieradłem. Latem okna mogą być otwarte całą dobę, trzeba je jednak należycie uzbroić przeciwko muchom.

Okna powinny posiadać zasłony przeciw nadmiernemu nasłonecznieniu. Podczas upałów ciepłotę sali można nieco obniżyć przez rozwieszanie mokrych prześcieradeł i rozstawianie wanienek z lodem.

CZYSTOŚĆ SALI

Czystość jest podstawą, na której opiera się cała praca zakładu położniczego. Podłogę należy myć codziennie, sprząta się tylko wilgotnymi ścierkami. Kubły pedałowe i wiadra należy usuwać z sali po każdym przewijaniu. Kurki do wody, muszle, umywalki pedałowe, wiadra, itp. należy myć codziennie gorącą wodą z mydłem oraz dezynfekować odpowiednim roztworem np. 1% roztworem chloraminy. Okna, klamki i drzwi należy codziennie przecierać.

Wszystkie przedmioty niezbędne do pielęgnowania dziecka, jak narzędzia, nerki itd należy myć w gorącej wodzie, zaś wszystkie przedmioty nadające się do gotowania — gotować. Przedmioty, które niszczą się przy gotowaniu — należy zgodnie ze wskazówkami lekarza dezynfekować w odpowiednim płynie.

Do dyspozycji salowych powinna być odpowiednia ilość szczotek, wiader, ścierek i płynów dezynfekujących. Przedmioty te powinny być przechowywane w specjalnie na to przeznaczonym pomieszczeniu. Po ukończeniu sprzątania, ścierki należy wyprać w gorącej wodzie, przepłukać w roztworze dezynfekującym i rozwiesić do suszenia.

U POŁOŻNIC

Kiedy zbliża się godzina karmienia, salowa obchodzi wszystkie matki z dzbankiem z wodą i miską. Każda położnica powinna mieć oddzielną mydelniczkę z mydłem, szczotkę do rąk i ręcznik. Salowa polewa matkom ręce wodą i pomaga im przy dokładnym myciu rąk. Pielęgniarka czuwa nad tym, by polewanie rąk nie było tylko „symboliczne" i tłumaczy matkom konieczność tego zabiegu przed każdym karmieniem.

Matki karmiące obowiązane są do noszenia masek w razie wystąpienia objawów schorzenia górnych dróg oddechowych. Przed każdym karmieniem matka powinna otrzymać jałową maskę. Po nałożeniu maski należy umyć ręce i dopiero po tym przystąpić do karmienia. Pielęgniarka obecna na sali położnic powinna uświadomić matki o konieczności noszenia maski i czuwać nad prawidłowym jej używaniem.

Aby uniknąć możliwości zainfekowania dziecka przez bieliznę osobistą i pościelową matki, używa się dużej jałowej serwetki z przecięciem. Strona przylegająca do twarzyczki dziecka powinna być oznaczona jaskrawym znakiem. Serwetka może być używana najdłużej w ciągu doby i powinna być przechowywana w specjalnie do tego przeznaczonym woreczku.

Przed karmieniem matki obmywają sutki odpowiednim płynem. Przez cały czas karmienia pielęgniarka powinna znajdować się na sali położnic i osobiście kontrolować przebieg karmienia, zaś specjalną uwagę poświęcić matkom-pierwiastkom i matkom dzieci słabych. Pielęgniarka poucza matki, jakie znaczenie ma dla dziecka karmienie piersią, tłumaczy matkom konieczność ściągania pokarmu, zalegającego po nakarmieniu dziecka; poucza jak powinny ściągać pokarm, wreszcie kontroluje, by ściąganie pokarmu odbywało się z zachowaniem warunków jałowości.

Pielęgniarka zbiera, sterylizuje i przechowuje pokarm kobiecy.

Przed wypisaniem z zakładu pielęgniarka pokazuje matce dziecko całkowicie obnażone, poucza jak należy kąpać i przewijać. W razie jeżeli dziecko posiada jakieś wady wrodzone albo zdradza objawy schorzeń nabytych podczas pobytu na oddziale, matka powinna o tym dokładnie wiedzieć.

Praca uświadamiająca wśród położnic jest jednym z głównych obowiązków personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oddziału noworodków.

**
*

Pielęgniarka powinna dostatecznie znać technikę posługiwania się aparatami, jakie używa się na oddziale (lampa kwarcowa, lampa intra-czerwona, kudezy dla wcześniaków itd.), a nadto umieć posługiwać się aparaturą tlenową oraz znać sposób przygotowywania i zakładania transfuzji i kroplówek.

Izabela Bielicka

DR ZENON DEKA

LECZENIE RAN

Uwzględniając szereg próśb naszych czytelników o zamieszczanie bardzo popularnych artykułów z dziedziny chirurgii urazowej dla pielęgniarek od dawna zatrudnionych zdala tych zagadnień, umieszczamy poniżej pierwszy artykuł z tego cyklu.

REDAKCJA

LECZENIE ran polega przede wszystkim na zapobieganiu zakażeniu ich przez bakterie chorobotwórcze, w szczególności przez bakterie wywołujące ropienie oraz beztlenowce, wywołujące zgorzel gazową.

Dopóki nie znano przyczyny ropienia ran powikłania przyranne były bardzo częste i w następstwie prowadziły przeważnie do śmierci. Tak np. w czasie wojny krymskiej z 1681 żołnierzy francuskiech, którym amputowano kończyny dolne z powodu odniesionych ran, przy życiu pozostało jedynie 36, reszta zmarła w następstwie powikłań w postaci zgorzeli szpitalnej, róży i innych. Stan ten utrzymywał się do połowy XIX wieku. W tym czasie francuski uczony Pasteur, odkrył istnienie mikroskopijnych organizmów — bakterii.

Następnie angielski chirurg, Lister, dowiódł, że ropienie ran wywołane jest przez bakterie, które dostają się do rany. Ażeby zapobiec dostawaniu się bakterii do ran, Lister wprowadził przemywanie ran, mycie rąk chirurga, moczenie materiału opatrunkowego i oczyszczanie instrumentów kwasem karbolowym. Wyniki takiego postępowania z ranami okazały się nadzwyczaj skuteczne, od tego czasu bowiem znikły z oddziałów chirurgicznych i położniczych panujące tam nagminnie zakażenia w postaci zgorzeli szpitalnej, róży i innych zakaźnych powikłań.

Raną nazywamy przerwanie łączności tkanek w następstwie zabiegu operacyjnego lub urazu. Każdej ranie towarzyszą, w mniejszym lub większym stopniu, następujące powikłania: ból na skutek uszkodzenia gałązek nerwowych, krwawienie, spowodowane uszkodzeniem naczyń krwionośnych, oraz zakażenie, zwłaszcza jeżeli chodzi o rany urazowe (wypadkowe) przez wtargnięcie bakterii.

Obecny stan wiedzy lekarskiej pozwala na zmniejszenie tych powikłań do minimum. Ból usuwamy za pomocą środków znieczulających i nasennych, zaś w razie zamierzonej operacji zapobiegamy wystąpieniu bólu za pomocą znieczulenia miejscowego lub narkozy. Krwawienie opanowujemy przez tamowanie (hemostazę). Zakażeniu rany zapobiegamy przez ścisłe przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki. Postępowanie w myśl powyższych zasad mające na celu usunięcie wspomnianych powikłań, nazywamy profilaktyką chirurgiczną.

WALKA Z ZAKAŻENIEM

W postępowaniu tym szczególną uwagę należy zwrócić na walkę z zakażeniem rany.

Najdogodniejszymi warunkami dla rozwoju bakterii są: ciepłota około 37°, brak światła, wilgoć i obecność odpowiednich substancji odżywczych. Bakterie, dostawszy się do rany, znajdują w niej wszystkie te dogodne dla swego rozwoju warunki.

Bakterie mogą dostawać się do rany z przedmiotu raniącego, (np. nóż, igła, zadra, pocisk itp.) i wówczas mówimy o pierwotnym zakażeniu rany, albo też dostają się do niej z otaczającej skóry, z odbytu, z odzieży, z materiału opatrunkowego, użytego do zaopatrzenia rany, z wody, którą przemywano ranę, z rąk opatrującego lub z narzędzi i wówczas mówimy o wtórnym zakażeniu rany.

Biorąc powyższe pod uwagę należałoby się spodziewać, że wszystkie rany wypadkowe winny ulec zropieniu. Z codziennej jednak obserwacji widzimy, że wiele ran, zwłaszcza drobnych, goi się bez żadnych powikłań. Zależy to od tego, że dany organizm jest niewrażliwy na słabsze zakażenie, że posiada zdolność walki z bakteriami i za pomocą swych sił odpornościowych unieszkodliwia te bakterie, które wtargnęły do jego tkanek. Poza tym, że same bakterie, zależnie od tego skąd, z jakiego środowiska dostają się do rany, wykazują różną siłę chorobotwórczą (zjadliwość). Tak np. bakterie ropne, które uległy długiemu wysuszeniu i działaniu światła w czystej, widnej sali operacyjnej, dostawszy się do rany, nie wywołują w niej procesu ropnego i to nie tylko dlatego, że dostała się ich tam mała ilość, ale przede wszystkim dla tego, że żywotność ich jest tak mała, że siły odpornościowe ustroju unieszkodliwiają je szybciej, aniżeli nabiorą one cech złośliwości.

Jeżeliby natomiast do takiej rany dostały się bakterie z ogniska ropnego, a więc bakterie czynne i żywotne w najwyższym stopniu, to nawet niewielka ich ilość zdolna jest wywołać ciężkie zakażenie. Stąd też bakterie, znajdujące się zawsze w powietrzu czystych i jasnych sal operacyjnych lub opatrunkowych wykazują małą jadowitość i praktycznie nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla ran. W przeciwieństwie do tego bakterie znajdujące się na

rękach i odzieży personelu, na skórze rannego, na różnych przedmiotach sal operacyjnych i opatrunkowych, posiadają dostateczną jadowitość, dostawszy się do rany, by wywołać ciężkie zakażenie. Szczególnie niebezpieczne są bakterie, pochodzące z ognisk ropnych, które można przenieść na rany za pomocą narzędzi lub materiału opatrunkowego. Im większa ilość bakterii o silnej zjadliwości dostanie się do rany i im mniej odporny jest organizm rannego — tym łatwiej rozwija się zakażenie.

Duże znaczenie posiada również miejsce, do którego dostają się bakterie. Tak np. w ranie skórnej mogą one nie wywołać zakażenia. Jeżeli natomiast te same bakterie i w tej samej ilości dostaną się na opony mózgowe, do jamy stawowej lub w miejsce złamania kości — to z pewnością wywołują ciężkie zakażenie.

Z miejscowych przyczyn należy jeszcze zwrócić uwagę na rodzaj samej rany. Rany z rozległymi zniszczeniami tkanek, ulegającymi obumarciu, sprzyjają rozwojowi bakterii, ponieważ tkanka obumierająca z jednej strony, traci zdolność walki z bakteriami, z drugiej zaś tkanki martwe stają się dobrą pożywką dla zarazków. Natomiast rany o brzegach gładkich, równych są bardziej odporne na zakażenie i goją się częściej bez tego powikłania. Krew skrzepła w ranie również jest dobrą pożywką dla bakterii.

Jak już wyżej wspomniałem zakażeniu rany zapobiegamy przez ścisłe przestrzeganie zasad antyseptyki i aseptyki.

ANTYSEPTYKA

Antyseptyką nazywamy sposób walki z bakteriami, polegający na unieszkodliwieniu ich w samej ranie i na tym wszystkim, co styka się z raną, za pomocą chemicznych środków dezynfekcyjnych. Środki te zdolne są zabić bakterie lub co najmniej zahamować ich rozwój. Pamiętać jednak należy, że środki te są jadami nie tylko dla bakterii, ale dla wszelkiej żywej materii, a więc i dla żywych komórek organizmu. Dlatego też można ich używać tylko w odpowiednich rozcieńczeniach i w odpowiednich warunkach.

Do najczęściej używanych środków dezynfekcyjnych, stosowanych w leczeniu ran, należą:

Kwas karbolowy — substancja, krystalizująca w postaci długich białych kryształków z różowym nalotem. Rozpuszcza się on łatwo w alkoholu, glicerynie i oliwie, w wodzie zaś rozpuszcza się jedynie w stosunku 1 : 20. Jest to dobry środek antyseptyczny, słabo jednak działa na przetrwalniki (spory) bakterii. Obecnie stosujemy kwas karbolowy jedynie do dezynfekcji narzędzi, w roztworze 2—3—5%.

Sublimat-dwuchlorek rtęci (Hydrargyrum bichloratum) rozpuszcza się w wodzie o temperaturze pokojowej. Sublimat wchłania się łatwo i szybko, dlatego nie można go stosować do przepłukiwania jam ciała ani do okładów. W sublimacie nie wolno dezynfekować narzędzi chirurgicznych, ponieważ pokrywają się one szarym nalotem rtęci. Używany jest natomiast do dezynfekcji rąk w roztworze 1 : 1000, 1 : 5000, jednak dłuższe używanie go do tego celu może doprowadzić do podrażnienia skóry (egzemy). Jest to silny środek antyseptyczny, już w roztworze 1 : 300.000 działa bakteriobójczo. W płynach białkowych (krew, ropa) działanie antyseptyczne sublimatu ustaje. Ponieważ roztwór wodny sublimatu niczym się nie różni od zwykłej wody (jest to płyn bezbarwny bez zapachu i smaku), pastylki sublimatu (past. hydrargyri bichlorati) zabarwia się dla bezpieczeństwa eozyną na różowo. Rzadziej używa się roztworów sinej rtęci (sol. hydrargyri bichlorati 1 : 1000, 1 : 1500 do dezynfekcji narzędzi, których nie niszczą tak, jak sublimat. Pastylki sinej rtęci zabarwione są na niebiesko.

Kwas borny — Acidum boricum — przedstawia się w postaci białych, miękkich, płaskich kryształów, rozpuszczających się łatwo w ciepłej wodzie i glicerynie. Zwykle używany jest w roztworze 2—3% do przepłukiwania ran i jam ciała. Narzędzi nie dezynfekuje, ponieważ w stosunku do bakterii jest tak mało jadowity, że np. gronkowce nie giną w nim nawet w ciągu dłuższego czasu (5—6 dni).

Lizol — Lysolum — jest to 50% roztwór krezolu z mydłem, oleisty, ciemny płyn o przenikliwym zapachu, przypominającym zapach karbolu. Dobrze rozpuszcza się w wodzie. Narzędzi nie niszczy, nadaje się do dezynfekcji rąk. Jako środek dezynfekcyjny działa silniej od kwasu karbolowego i jest mniej jadowity. Do dezynfekcji narzędzi używa się go w roztworze 1—2%, do przemywania pochwy 0,3—0,5%, do dezynfekcji rąk w 2% rozcieńczeniu.

Woda utleniona — Hydrogenium hyperoxydatum — przeźroczysty bezbarwny płyn, stosowany zwykle jako 2—3% roztwór do przymywania zanieczyszczonych ran; w czasie polewania rany wodą utlenioną wydziela się tlen w postaci piany porywając ze sobą drobniejsze zanieczyszczenia. Poza tym woda utleniona działa w ranie hamująco na krwawienie miąższowe. Używa się jej również do zwilżania zeschłych opatrunków.

Nadmanganian potasu — Kalium hypermanganicum — ciemnofioletowe kryształki łatwo rozpuszczające się w wodzie. Jest to słaby środek dezynfekujący, natomiast dobry środek odwaniający. Używa się go w roztworze 0,1—0,5% do przemywania cuchnących ran, ropni i jam ciała, jak również w leczeniu oparzeń.

Nalewka jodowa tinctura-jodi 5—10%, spirytusowy roztwór jodu, jest silnym środkiem dezynfekującym. Na tkanki działa drażniąco, na skórę — garbująco, zamykając pory w skórze. Przy dłuższym stosowaniu wywołuje podrażnienie skóry i jej łuszczenie się. Jod silnie uszkadza narzędzia metalowe. Przez skórę słabo się wchłania, niekiedy wywołuje pojawienie się na całym ciele wysypki. Szeroko stosuje się do dezynfekcji pola operacyjnego i niekiedy do dezynfekcji rąk.

Alkohol — spiritus vini — bezbarwny, przeźroczysty płyn o charakterystycznym zapachu i smaku. nie nadający się do użytku wewnętrznego spirytus skażony zawiera domieszkę 1% alkoholu metylowego. W roztworze 50—70% odznacza się znacznym działaniem dezynfekującym i garbującym. Używany jest do dezynfekcji narzędzi chirurgicznych i rąk, do przygotowania nici jedwabnych, catgutowych itp.

Jodoform — Jodoforium — żółty proszek o silnym zapachu. Działa dezynfekcyjnie w ranach ropnych, gdzie rozkładając się wydziela jod.

Xeroform — Xeroformium — żółtawy proszek o słabym zapachu, używany do zasypek. Działa on nie tyle dezynfekcyjnie ile wysuszająco.

Azotan srebra — Argentum nitricum — w postaci roztworów i w postaci pałeczki (lapis) używany do pobudzania ziarninowania.

Barwiki anilinowe — zieleń brylantowa i malachitowa metylviolet — używane w 1% roztworach alkoholowych i wodnych, nadają się szczególnie do opatrywania małych ran i dezynfekcji pola operacyjnego.

Rivanol — stosowany w ranach ropnych, wywołanych przez ziarenkowce i gronkowce w 0,1—2% roztworze. W roztworze 1 : 5000 razem z nowokainą służy do obstrzykiwania rany.

Środki antyseptyczne, szczególnie silnie działające, jak sublimat i kwas karbolowy, należy przechowywać oddzielnie od środków, używanych wewnętrznie, w zamykanych na klucz szafkach, a butelki, w których się one znajdują, powinny posiadać etykietę z odpowiednią nalepką.

ASEPTYKA

Niepewne działanie bakteriobójcze środków dezynfekcyjnych na bakterie w ranie i szkodliwe ich działanie na tkanki organizmu zmniejsza zakres używania chemicznych środków przeciwbakteryjnych. Warunkiem koniecznym dobrego gojenia się ran, zwłaszcza czystych, niezakażonych, jest zapobieganie w ogóle dostawaniu się do nich bakterii.

Uzyskać to możemy jedynie wtedy, kiedy wszystko to, co ma się zetknąć z raną, będzie wolne od bakterii. Na tym właśnie polega aseptyczne leczenie ran, do tego celu prowadzą zaś metody odkażania materiału opatrunkowego za pomocą wysokiej temperatury.

Wysoką temperaturę do odkażania stosuje się w postaci: opalania, gotowania i pary pod wysokim ciśnieniem.

O p a l a n i e, jakkolwiek jest skutecznym sposobem wyjaławiania narzędzi chirurgicznych, jest rzadko stosowane, ponieważ niszczy te narzędzia.

G o t o w a n i e jest najwygodniejszym sposobem sterylizacji. Za pomocą gotowania można sterylizować narzędzia chirurgiczne, rękawiczki i dreny gumowe, strzykawki i przedmioty szklane. Ponieważ przedmioty gumowe psują się od dłuższego gotowania, przeto drenów gumowych nie należy gotować dłużej niż 15—20 minut, a rękawiczek 5—10 minut. W celu wyjałowienia wody należy gotować ją niemniej niż 30 minut i nawet wówczas nie możemy mieć pewności, że wszystkie bakterie zostały zniszczone. Dlatego przerywamy gotowanie i po 6 godzinach powtarzamy je jeszcze w ciągu 30 minut. Narzędzia gotujemy niemniej niż 30 minut w zwykłej wodzie, zaś w 1% roztworze sody — 15 minut. Krótsze gotowanie w roztworze sody tłumaczy się tym, że pod jej wpływem łatwiej ulega rozpuszczeniu otoczka zarodników bakterii i w ten sposób bakterie szybciej giną. Poza tym gotowanie narzędzi w roztworze sody chroni je przed czernieniem i przed niszczeniem niklowej pokrywy. Sterylizowanie materiału opatrunkowego za pomocą gotowania przeprowadza się jedynie w wyjątkowych okolicznościach, po pierwsze dlatego, że otrzymujemy w ten sposób materiał mokry, po drugie, że konieczne jest gotowanie co najmniej w ciągu 2 godzin.

Na ogół za pomocą gotowania sterylizujemy wszystkie narzędzia za wyjątkiem noży i nożyczek, które pod wpływem gotowania tępieją. Narzędzia te sterylizujemy przez zanurzenie ich w czystym alkoholu etylowym na przeciąg 15—20 minut. Ażeby narzędzia niklowane nie psuły się wskutek częstego gotowania, należy je wrzucać do wrzącego już roztworu sody i wyjmować po przepisowym czasie gotowania, nie czekając aż roztwór wystygnie.

Przedmioty szklane należy wrzucić do ciepłej wody i następnie podgrzewać do zagotowania; nie można ich więc gotować razem z narzędziami metalowymi. Nie należy gotować w roztworze sody strzykawek i naczyń, służących do środków znieczulających, ponieważ te ostatnie pod wpływem sody rozkładają się, a produkty ich rozkładu działają szkodliwie na tkanki.

Sterylizację za pomocą p a r y p o d w y s o k i m c i ś n i e n i e m przeprowadza się w autoklawie. W autoklawie sterylizuje się materiał opatrunkowy, bieliznę oparacyjną, rękawice; można również sterylizować płyny w naczyniach ze szkła, odpornego na wysoką temperaturę.

O d k a ż a n i e r ą k. Personel medyczny, zatrudniony na salach operacyjnych i opatrunkowych, musi zwracać baczną uwagę na stan swych rąk. Ręce wymagają odpowiedniego pielęgnowania i ochrony przed zetknięciem się z materiałem zakażonym i brudnym. Stałe odkażanie rąk może doprowadzić do zgrubienia naskórka, powstawania pęknięć i egzemy. Zgrubienie skóry leczymy gorącymi kąpielami i wcieraniem na noc maści składającej się z wazeliny i lanoliny w równych ilościach. Po nasmarowaniu należy włożyć rękawiczki, by nie brudzić pościeli. Zapobiegamy powstawaniu tych uszkodzeń przez częste wcieranie w skórę rąk czystej gliceryny lub mieszanki o następującym składzie: Ammonii caustici, Glycerini, Aq. amygdalarum aa 20,0. Paznokcie oczywiście powinny być obcinane krótko, tak by nie wystawały poza opuszki palców.

Najczęściej stosowanym sposobem odkażania rąk jest, jak wiemy, mycie ich mydłem za pomocą wygotowanych szczotek. Mycie to powinno zasadniczo odbywać się pod ciepłą, bieżącą wodą, gdy jednak nie możemy zastosować wody bieżącej, używamy czystej miski. Miskę należy przed tym wygotować lub wydezynfekować kwasem karbolowym, względnie sublimatem. Wodę w misce należy 2—3 krotnie zmieniać. Po umyciu rąk w celu zagarbowania skóry, wciera się w nią w ciągu 5 minut spirytus, jodbenzynę lub 5% roztwór alkoholowy taniny za pomocą kawałka gazy.

Pod wpływem tych środków skóra ściga się, pory skórne ulegają zamknięciu i bakterie, znajdujące się w tych porach, nie mogą się wydostać na powierzchnię skóry.

W warunkach pracy ambulatoryjnej, w gabinetach przyjęć i na punktach pierwszej pomocy, należy stosować bardziej dostępne sposoby odkażania rąk, np. zwykłe mycie rąk z następnym wcieraniem 5% roztworu taniny, 1—4% roztworu jod-benzyny, lub posmarowanie ich nalewką jodową.

d. c. n.

KRONIKA

Z kraju

Z Państwowych Szkół Pielęgniarstwa oraz dziesiątków Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK napłynęły do Redakcji liczne zobowiązania i meldunki, dotyczące zarówno uczczenia Święta Kobiet, Święta 1 Maja, jak i akcji pokojowej.

Z meldunków dowiadujemy się o licznych wyjazdach do Spółdzielni Produkcyjnych i Państwowych Gospodarstw Rolnych, meldunki przynoszą sprawozdania z akcji propagandowych szkolnictwa pielęgniarskiego oraz liczne zobowiązania dotyczące szeregu indywidualnych czynów.

Nie jesteśmy w stanie zamieścić ich w całości, ponieważ ogrom materiału przewyższa możliwości naszego pisma.

Z okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet Minister Zdrowia odznaczył listami pochwalnymi i nagrodami za ideową pracę: dyrektorki i wicedyrektorki Państwowych Szkół Pielęgniarstwa:

RACHELĘ HUTNER — Warszawa, Szkoła Instruktorek Pielęgniarstwa

LUCYNĘ KANABUS — Warszawa, Szkoła Pielęgn. Nr. 4

BERTĘ KENIG — Bydgoszcz, Szkoła Pielęgniarstwa

ZOFIĘ MARTYNOWSKĄ Tarnów, Szkoła Pielęgniarstwa

IRENĘ NIELIWÓDZKĄ — Warszawa, Szkoła Pielęgniarstwa Nr. 1

HALINĘ ORSKĄ — Warszawa, Szkoła Instruktorek

JANINĘ TRUSZKOWSKĄ Zabrze, Szkoła Pielęgniarstwa

Z zagranicy

ZSRR

FILM JAKO POMOC W PRACACH BADAWCZYCH.

Zorganizowanie Wydziału Naukowej Dokumentacji Filmowej przy Akademii Nauk Medycznych ZSRR pozwoliło na szerokie wykorzystanie możliwości filmu przy studiowaniu fizjologicznych i patologicznych procesów, zachodzących w organizmach zwierzęcych i ludzkich, a także przy studiowaniu praw rządzących rozwojem mikroorganizmów.

Aparatura i urządzenia skonstruowane przez zespół pracowników Dokumentacji Filmowej, znakomicie ułatwiają pracę badaczom, bowiem dzięki tym urządzeniom mają oni możność obserwowania procesów nieuchwytnych nieraz nawet dla oka uzbrojonego w mikroskop. Np. przy badaniu rozwoju mikroorganizmów badacz musiałby nie odchodząc od mikroskopu prowadzić swe obserwacje w ciągu wielu godzin, a nawet dni i nocy. Obecnie w pracy tej zastępuje człowieka aparat filmowy. Połączony z mikroskopem, dającym przeszło tysiąckrotne powiększenie, aparat filmowy automatycznie notuje przebieg procesu na taśmie filmowej.

Wiemy dobrze, że w celu otrzymania mikroskopowego obrazu zmian, zachodzących w tkankach, konieczne jest barwienie albo przyżyciowe, co jest jednak do pewnego stopnia wkroczeniem brutalnym, albo badanie objektu martwego.

Przy zdjęciach filmowych dzięki zastosowaniu specjalnej aparatury, zagadnienie to zostało rozwiązane i odbywa się w warunkach zbliżonych do fizjologicznych.

Filmy mikroskopowe notują wiernie procesy zachodzące w żywych tkankach oraz rozmnażanie się bakterii, a także utrwalają mechanizm tych procesów na taśmie filmowej. Filmy tworzone przez pracowników Wydziału Dokumentacji Filmowej świadczą o wielkiej życiowej przydatności tej metody; dotychczas wykonano ich już około 10.

Omówimy niektóre z nich:

Przy realizacji filmu „Czynność ruchowa przewodu żołądkowo-jelitowego u psów“ zastosowano metodę badania rentgenowskiego przy równoczesnym filmowaniu. Ta oryginalna metoda tj. połączenie aparatu Rentgena z aparaturą filmową, pozwala obserwować w warunkach fizjologicznych pracę przewodu pokarmowego zwierzęcia na całej przestrzeni bez konieczności kaleczenia zwierzęcia.

Inny film „Morfologia powstawania odpornych form mikroorganizmów“ demonstruje zmiany, jakie zachodzą w komórkach bakteryjnych pod wpływem działania penicyliny w różnym stężeniu. W ten sposób uwidoczniono rozmnażanie się i rozpad bakterii oraz form penicyliny odpornych wobec niedostatecznego stężenia antybiotyku.

W filmie „Rentgeno-vasograficzne badanie krążenia krwi i limfy w przeszczepionych (drogą autotransplantacji) kończynach u psów“ zastosowano metodę rentgeno-vaso-kinematograficzną. Metoda ta pozwoliła na utrwalenie przebiegu operacji, na uchwycenie momentu przywrócenia czynności przeszczepionej kończyny, nadto również dała możność obserwowania zmian morfologicznych i czynnościowych zachodzących w naczyniach limfatycznych, tętniczych i żylnych przeszczepionej kończyny.

Pierwsze zdjęcia dokonane nową metodą, demonstrowano niedawno na posiedzeniu naukowym Instytutu Ogólnej i Doświadczalnej Patologii Akademii Nauk Medycznych ZSRR, gdzie spotkały się one z wysoką oceną ze strony wszystkich obecnych.

Prezydium Akademii poświęca wiele uwagi tym pracom, jako metodom badawczym, a nawet wydano specjalne zarządzenia celem udoskonalenia i rozwoju dokumentacji filmowej i włączeniu jej do naukowo-badawczych prac Instytutów.

* * *

W szpitalu dziecięcym w Taszkencie stosuje się w celach leczniczych podawanie dzieciom chorym na przewlekłą czerwonkę świeżego koziego mleka. Szereg przypadków wykazał dobre rezultaty. Dzieci w wieku od 1—2 lat, zrazu niechętnie, później jednak z apetytem, wypijały do 250 g naraz, dwukrotnie w ciągu dnia. Po kilkutygodniowym stosowaniu mleka koziego dzieci przybierały na wadze, apetyt się poprawiał, wypróżnienia dochodziły do normy, dzieci zaczynały siadać, pełzać, a następnie chodzić; odsetek hemoglobiny znacznie się zwiększał.

Przed zastosowaniem koziego mleka w praktyce, lekarze przeprowadzili liczne badania i doświadczenia, które wykazały dodatnie jego działanie na ustrój niemowlęcy.

* * *

W Moskiewskim Sanatorium Przeciwgruźliczym „Mcyry" podstawowym lekiem zarówno dla dzieci jak i dla dorosłych jest kumys, obok takich środków leczniczych, jak streptomycyna i PASS.

W Sanatorium znajduje się duże laboratorium badające działanie i właściwości kumysu. Na podstawie tych badań zebrano cenny i obfity materiał o wpływie leczenia kumysem na niektóre formy gruźlicy, jak: nacieki i ogniska, na chorobę wrzodową, czerwonkę i tyfus brzuszny. Przeprowadzono także doświadczenia w stosowaniu kumysu przy dokarmianiu niemowląt.

W Sanatorium „Mcyry" przeważnie stosuje się kumys sproszkowany, który przygotowuje się na miejscu w laboratorium.

* * *

Spośród środków dezynsekcyjnych pierwsze miejsce zajmuje DDT i heksachloran. Pomimo wielkich zalet, DDT wykazuje również cechy ujemne, jak: trudne przyleganie do ścian i przedmiotów, łatwe strząsanie proszku oraz nietrwałość, gdyż czas działania DDT nie przekracza 2—3 tygodni.

W poszukiwaniu nowych środków dezynsekcyjnych wypracowano nowy preparat zwany „ołówkiem Piwowara". Jest to chemiczne połączenie odpowiedniej ilości preparatu DDT z heksachloranem. Środek ten działa szybciej, skuteczniej i jest trwalszy od DDT. Stosując „ołówek" w walce z muchami i komarami, kreśli się w odległości 5—7 cm linię na oknach i ścianach domów czy zabudowań gospodarskich, gdzie owady te najchętniej przebywają. W pomieszczeniach bielonych wapnem z dodaniem sproszkowanego „ołówka" w ilości 60 g na 1 wiadro wody, muchy i komary giną po zetknięciu się z płaszczyzną pobieloną. Można również stosować gazową dezynskecję, nagrzewając preparat Piwowara. Należy wówczas zachować ostrożność i nie wchodzić bez maski do gazowanych pomieszczeń przed ich dokładnym wywietrzeniem.

Po zetknięciu się z „ołówkiem" u wszystkich owadów po upływie 15—20 minut występuje paraliż, a po 40—80 minutach — śmierć.

Aby zabezpieczyć futra i odzież wełnianą przed molami należy przekładać je papierem pociągniętym gęsto „ołówkiem".

SKANDYNAWIA

Kraje skandynawskie za wyjątkiem Norwegii zatrudniają w szpitalach również i pielęgniarki pomocnicze.

W **Danii** tzw. „pomocnice" nie przechodzą żadnego przeszkolenia, przygotowującego je do pracy szpitalnej, a wiadomości nabierają drogą praktyki.

W **Szwecji** dla pomocniczych pielęgniarek organizuje się kilku miesięczne kursy bez ustalonego jednolitego programu.

Finlandia także prowadzi kilkumiesięczne kursy dla pielęgniarek pomocniczych.

USA

Naukowa Sekcja Chirurgów poleca stosowanie roztworu soli i sody (1 łyżeczka od herbaty soli kuchennej i ½ łyżeczki sody oczyszczonej na 1 litr wody) przy wstrząsach spowodowanych nagłymi wypadkami: jak rozległe oparzenia lub urazy inne. W nagłych wypadkach napój ten podawany doustnie jest bardzo skuteczny i częściowo zastępuje plazmę. Przy oparzeniach chorzy odczuwają zazwyczaj silne pragnienie i podawanie tej solucji może dochodzić do kilku litrów dziennie. Wskazane jest przytym w okresie pierwszych dni po wypadku, niepodawanie już innych płynów. Podawanie słonej wody z sodą nie zastępuje jednak dostatecznie plazmy i o ile to tylko możliwe należy ją zastosować.

Wspomniany roztwór należy traktować jako środek łatwo dostępny i prosty w zastosowaniu w nagłych wypadkach.

Z przyczyn niezależnych od Redakcji numer czerwcowy ukazuje się z opóźnieniem.

СОДЕРЖАНИЕ

22 июля.

Я. Белёнская — Школы среднего медицинского персонала.

А. Граас — Санитарные посты.

Н. Г. Линкова — Моральный облик медицинской сестры.

Я. Петровская — Уход за глазными больными.

Др И. Белицкая — Уход мед. сестёр за новорожденными.

Др З. Дека — Лечение ран.

Хроника.

SOMMAIRE

Le 22 juillet.

J. BELOŃSKA — Les écoles destinées au personnel médical secondaire.

A. GRAAS — Les postes sanitaires.

N. G. LINKOWA — L'aspect moral de l'infirmière.

J. PIOTROWSKA — Le traitement des maladies d'yeux.

Dr. I. BIELICKA — Le travail des infirmieères dans les salles des nouveaux nés.

Dr Z. DEKA — Le traitement des plaies.

Faits divers.

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch''. KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska''. Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON w Łodzi. 5.500. Nr 624. VI.51. D-2-23030